

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**JÁ DECIDI (MOS), E AGORA?**  
**FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO PARA A**  
**ADAPTAÇÃO À DECISÃO DE PROSSEGUIR OU**  
**INTERROMPER UMA GRAVIDEZ INESPERADA**

**Margarida Abegoaria Dorez dos Santos Nery**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)**

**2017**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**JÁ DECIDI (MOS), E AGORA?**  
**FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO PARA A**  
**ADAPTAÇÃO À DECISÃO DE PROSSEGUIR OU**  
**INTERROMPER UMA GRAVIDEZ INESPERADA**

**Margarida Abegoaria Dorez dos Santos Nery**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro

Dissertação coorientada pela Dra. Joana Tinoco de Faria

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica)**

**2017**

## **Agradecimentos**

*À Professora Doutora Maria Teresa Ribeiro, pela oportunidade, orientação, pela partilha de conhecimento e de paixão pela psicologia sistémica.*

*À Dra. Joana Tinoco de Faria, pelo tema, disponibilidade, exemplo e dedicação.*

*À Professora Doutora Luana Cunha Ferreira, pela disponibilidade, abertura e toda a orientação pelo mundo qualitativo.*

*À Professora Doutora Isabel, Professora Doutora Carla e Professora Doutora Marta, pela partilha do conhecimento que permitiu ter bases para este desafio.*

*Às participantes, por aceitarem fazer parte desta investigação, permitindo-a e partilhando connosco um pouco da sua experiência de vida.*

*À Beatriz, companheira do último ano, pela partilha desta experiência única, da qual sobrevivemos. Pela compreensão, preocupação, dedicação e amizade.*

*Ao grupo sistémico, Alexandra, Carolina, Cláudia, Joana, Teresa e Sara, pela amizade e partilha de experiências, pelo trabalho em conjunto e pela partilha do sonho de quão longe podemos chegar.*

*À Nisa e à Patrícia pela amizade e compreensão, aconselhamento e companhia.*

*À Carlota, Pipas, Joana, Bé e Ana.*

*À minha família, que me permitiu chegar até aqui.*

## Resumo

Quando a mulher se depara com uma gravidez inesperada, torna-se necessário tomar uma decisão. Esta decisão é complexa, sendo influenciada pelo contexto no qual a mulher se insere, assim como a adaptação que se segue. Este estudo pretende compreender que fatores potenciam e dificultam esta adaptação ao contexto do pós-decisão, contribuindo para o estudo dos fatores de proteção e de risco para a adaptação à gravidez e à interrupção voluntária da gravidez, assim como para o trabalho com mulheres que procurem ajuda, encontrando-se desadaptadas ao lidar com uma destas situações.

Nesse sentido, foi utilizada uma metodologia qualitativa exploratória, com recurso a um instrumento quantitativo. Foi realizada uma entrevista semiestruturada a 13 mulheres que experienciaram uma gravidez inesperada, das quais, 8 prosseguiram e 5 interromperam a gravidez. Os dados recolhidos foram complementados pela resposta à Escala da Satisfação com a Vida e analisados com recurso ao *software* Qualitative Solutions Research (QSR) NVivo 11 for Windows, através de análise temática indutiva. Os principais resultados permitem-nos identificar (1) a influência do apoio, (2) do contexto relacional (3) e o bem-estar com a decisão tomada como principais fontes de fatores de proteção e de risco para a adaptação.

Por fim, são discutidas as limitações e implicações para a prática da presente investigação.

**Palavras-chave:** gravidez inesperada; adaptação; maternidade; interrupção voluntária da gravidez (IVG)

### **Abstract**

When a woman is faced with an unexpected pregnancy, becomes necessary to make a decision. This decision is complex, being influenced by the environment in which the woman is inserted, as well as the adaptation following the decision. This study aims at understanding which factors promote and difficult the adaptation to the context following the decision. We hope this study contributes to the knowledge about the protection and risk factors for adaptation to pregnancy and voluntary abortion, and to work with women who seek help when they find themselves unable of dealing with pregnancy, maternity or voluntary abortion.

In this case, we used a qualitative exploratory methodology, complemented by a quantitative instrument. A semi-structured interview was conducted with 13 women that experienced an unexpected pregnancy of which 8 followed through and 5 decided for voluntary abortion. The data collected were complemented by the response to the "Satisfaction With Life Scale" and analyzed using the "Qualitative Solutions Research(QSR) NVivo 11 for windows" software, through a thematic inductive analysis. The main results allow us to identify (1) the influence of support, (2) the relationship context, and (3) the well-being with the decision made as the main sources contributing to the protect or risk factors for adaptation.

Finally, limitations and implications of the current study are discussed.

**Key Words:** unexpected pregnancy; adaptation; maternity; voluntary abortion

## Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico .....	2
1.1. A Gravidez.....	2
1.2. O processo psicológico da gravidez .....	5
1.3. Conceitos de Gravidez Planeada e Desejada .....	6
1.4. Modelos de Adaptação .....	7
1.5. Prosseguir com a gravidez.....	9
1.6. Interrupção da gravidez .....	11
1.7. Relevância da Investigação .....	15
2. Metodologia .....	15
2.1. Desenho da investigação .....	15
2.1.1. Questão inicial. ....	16
2.1.2. Mapa concetual. ....	16
2.1.3. Objetivos gerais e específicos. ....	17
2.1.4. Questões de investigação. ....	18
2.2. Questões metodológicas .....	18
2.2.1. Processo de seleção da amostra. ....	18
2.2.2. Caracterização da Amostra. ....	19
2.2.3. Instrumentos utilizados. ....	20
2.2.3.1. Questionário Sociodemográfico.....	20
2.2.3.2. Entrevista semiestruturada. ....	20
2.2.3.2. Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985). ....	22
2.2.4. Procedimento de recolha, tratamento e análise de dados.....	23
3. Resultados e Discussão .....	24
3.1. Compreender o contexto em que surge uma gravidez inesperada.....	26
3.2. Processo de decisão e influência deste na adaptação .....	31
3.3. Fatores de Proteção e de Risco para a Adaptação .....	35
4. Conclusão .....	45
4.1. Limitações da Investigação .....	47
4.2. Implicações da Investigação para a Prática .....	48
5. Referências .....	49

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas identificadas .....	19
---	----

## **Índice de Figuras**

<i>Figura 1.</i> Mapa Concetual da Investigação .....	17
<i>Figura 2.</i> Fatores com maior peso para a adaptação ao pós-decisão de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada .....	25
<i>Figura 3.</i> Síntese dos resultados dos fatores de proteção ou risco de maior peso para a adaptação, sendo a sua função influenciada pelo contexto em que se inserem. ....	46

## **Índice de Apêndices**

Apêndice A. Guião para a entrevista semiestruturada a participantes grávidas ou com filho recente	
Apêndice B. Guião para a entrevista semiestruturada a participantes grávidas ou com filho recente	
Apêndice C. Guião para a entrevista semiestruturada às participantes que interromperam a gravidez	
Apêndice D. Dados Sociodemográficos e Resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida	
Apêndice E. Contexto em que surgiram as gravidezes inesperadas	
Apêndice F. Apoio ao longo do processo de decisão e adaptação à decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada	
Apêndice G. Fatores de Proteção para a adaptação à decisão e pós decisão de prosseguir ou Interromper a gravidez inesperada	
Apêndice H. Fatores de Risco para a Adaptação à Decisão e Pós Decisão de Prosseguir ou Interromper a Gravidez Inesperada	
Apêndice I. Cruzamento dos resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida com as categorias emergentes como fatores de proteção para a adaptação	

Apêndice J. Cruzamento dos resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida com as categorias emergentes como fatores de risco para a adaptação

Apêndice L. Consentimento Informado

Apêndice M. Árvore de categorias emergentes através da análise temática das entrevistas

## **Anexo**

Anexo A. Escala de Satisfação com a Vida - Satisfaction With Life Scale

## **Glossário**

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez



## **Introdução**

A gravidez inesperada é, como a palavra indica, um acontecimento que surge na vida da mulher e da sua família de surpresa. Ainda que possa ser menos esperada nuns casos do que noutros, nomeadamente quando acontece numa fase de desenvolvimento ou do ciclo de vida da família em que não é normativa (Alarcão, 2000; Bronfenbrenner, 1986; Carter & McGoldrick, 1995; Relvas, 1997), atualmente, esta traz consigo a necessidade de ser tomada uma decisão. Esse processo de decisão é descrito como complexo e emocionalmente exigente (Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010b). Não vivendo a mulher isolada, esta decisão obriga a pesar vários fatores provenientes de várias fontes: da própria mulher, do companheiro, da família, da religião, da cultura, da sociedade (Adler, 1990; Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010b; Major et al., 2009).

Os fatores que pesam nesta decisão, assim como as alterações que surgirem com ela, poderão influenciar a forma como a mulher se adapta ao novo contexto. Este processo é influenciado por vários fatores, nomeadamente, o desejo de maternidade, a relação com o companheiro, as pessoas significativas e o apoio recebido, assim como a sua situação socioeconómica (Chou et al, 2008; Jorgensen 1993; Meiksin et al., 2010; Portelinha, 2003).

O risco de desadaptação face a uma gravidez inesperada depende, em maior parte, do que pesa nesta, dos significados associados à gravidez e do contexto pessoal, relacional e cultural em que surge, sendo que os riscos psicológicos da interrupção voluntária da gravidez (IVG) ou de prosseguir com uma gravidez indesejada podem ter as mesmas exigências de adaptação (Adler, 1990; Major et al., 2009). Neste sentido, torna-se necessário compreender que fatores provenientes destes contextos podem potenciar ou dificultar a adaptação das mulheres e da sua família, ao enfrentar a decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez indesejada, e como é que estes o fazem.

O facto de a investigação ter um carácter qualitativo, permite explorar de forma mais compreensiva esta influência, como salienta Kimport (2012) a importância de ir para além de questionários, compreendendo a experiência completa. A investigação inclui ainda mais do que uma medida de satisfação com a decisão tomada, a Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985) e a entrevista, o que Eisen e Zelman (1984) sugerem ser uma forma enriquecedora de compreender as experiências destas mulheres de forma mais integrada.

## **1. Enquadramento Teórico**

### **1.1. A Gravidez**

A gravidez é um acontecimento diferente de qualquer outro do ciclo de vida (Colman & Colman, 1994), é um período curto que inaugura papéis que serão adquiridos para o resto da vida. A maternidade é, atualmente, adiada para mais tarde, em especial, por questões socioeconómicas e laborais (Mátlary, 2002). Esta era, antigamente, vista como o momento máximo da mulher, a gravidez tem perdido esse significado, tendo, até, adquirido, hoje em dia, uma visão um pouco denegrida (Colman & Colman, 1994). Nos dias de hoje, a experiência da maternidade é vivida como uma opção da mulher e da sua família (Canavarro, 2001). Para além de uma opção, o momento da vida da mulher que estava guardado para engravidar e se tornar mãe, encontra-se, frequentemente, em conflito com o momento mais importante da sua vida profissional (Canavarro, 2001), dificultando a conciliação entre ambos. Caso o casal não deseje engravidar, estão disponíveis métodos de regulação dos nascimentos que permitem controlar a reprodução, separando-a assim da sexualidade (Canavarro, 2001). Para além das opções de anticoncecionais, é, também, permitido, segundo a Lei nº 16/2007 de 17 de abril, interromper a gravidez por opção da mulher até às 10 semanas de gestação. Contudo, esta variedade de opções ao nível anticoncecional e legislativo é complexa, e é influenciada pela falta de informação sobre o uso de métodos de regulação de nascimentos, assim como pelo mundo de significados e crenças de cada mulher, cada contexto e cada cultura.

A gravidez oferece um período de 40 semanas, no qual, a família se prepara para a chegada de um novo membro, em especial a mulher, futura mãe. Neste momento, torna-se necessário ensaiar novos papéis, obrigando a família à reestruturação do seu funcionamento, tendo em conta que uma nova pessoa irá entrar no sistema. A família precisa de incorporar na sua identidade a existência deste novo membro (Canavarro, 2001). Para compreender como cada mulher vive esta experiência da maternidade, é necessário explorar os seus significados, os quais influenciam a forma como planeia entrar nesta “aventura”, ou, caso entre de forma inesperada, decida prosseguir ou não. Para além dos seus significados, no início da formação de uma família, estão, também, presentes os do seu companheiro, os quais têm influência na decisão (Canavarro, 2001).

O processo da gravidez é caracterizado pela sua ambivalência, especialmente, na fase inicial, independentemente de esta ser, ou não, planeada e, ou, desejada (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994). Para além do desafio inicial de aceitação, ou rejeição, a gravidez

é, normalmente, marcada por um estado ansioso, que tem o papel de preparar a mulher e os que a rodeiam para as exigências do parto e da maternidade (Reading, 1983), e de todas as mudanças a que esta transição de vida obriga. A ansiedade vivida nesta fase depende da personalidade de cada mulher, das estratégias de *coping* que utiliza, do contexto em que se insere, existindo ainda stressores comuns à fase de gravidez, nomeadamente, a percepção de apoio social, do impacto que a gravidez terá na sua vida, e os medos relativos à depressão pós-parto e à capacidade de corresponder aos cuidados que o seu filho irá precisar (Coleman & Coleman, 1994 Reading, 1983). Segundo Reading (1983), negar a gravidez é evitar a ansiedade que a esta é intrínseca, negando a crise incluída neste processo de transição. Nesse sentido, é necessário compreender a gravidez como um acontecimento influenciado por todo o contexto; nas características individuais dos membros do casal; no microssistema da relação do casal; no seu mesossistema das relações destes com os amigos e a família próxima; no exossistema da família mais alargada, a situação de trabalho e como este pode influenciar a expansão da família, as leis e políticas ; no macrossistema, que inclui a cultura e a religião; e no cronossistema, no momento do ciclo de vida da família, e nas tarefas desenvolvimentais de cada fase de desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1986).

As mudanças causadas por uma gravidez são, tendo em conta as suas exigências, habitualmente, planeadas. Mas, e quando esta aparece, obrigando a mulher e o seu companheiro a decidir se estão, ou não, preparados para entrar nesta nova etapa da sua vida, ou se o querem fazer? Caso decidam prosseguir, altera tudo à sua volta, obrigando a mulher a reajustar-se em três níveis, fisiológico, social e psicológico (de Carvalho Lourenço, 1998). Todo o contexto sofrerá alterações. Neste sentido, esta tem o papel de preparar a mulher para ser mãe (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006). Esta chegada, em especial, na mulher, tem uma influência profunda de balanço passado, presente e futuro, levando a uma reflexão sobre a sua vida e, em especial, sobre a relação com a sua mãe, contribuidora para o seu conceito de si, para a sua autorregulação e como modelo comportamental e emocional, para além de outros modelos maternos, reflexão que influencia o seu bem-estar durante a gravidez (Canavarro, 2001).

Todas estas mudanças exigem uma readaptação de cada pessoa à nova realidade, ao nível das representações cognitivas, emocionais e comportamentais, sendo necessária uma reorganização interior e exterior, pessoal e relacional, redefinição de papéis e reorganização da estrutura (Pacheco, Costa & Figueiredo, 2009), podendo surgir, no entanto, vulnerabilidades emocionais que dificultam este processo (Canavarro, 2001). Para compreender como estas

adaptações podem ser vistas, é importante ter em conta o significado que aquela gravidez tem para aquela família, e para cada um dos seus membros (Canavarro, 2001).

Uma das mudanças mais importantes deste momento de transição é para aqueles que se tornam pais, que precisam de realinhar a sua relação, passando a adquirir um novo papel, o de pais, para além daquele que já têm, o conjugal (Canavarro, 2001). Esta mudança marca uma alteração no estágio do ciclo de vida (Alarcão, 2000; Relvas, 1997), o adquirir do papel de pais, papel extremamente valorizado e, igualmente, responsabilizador. A díade casal precisa de integrar um novo elemento, transformando-se numa tríade, e tendo de aprender a funcionar na sua nova configuração, articulando o “nós” casal com o “nós” pais, mudança esta que gera *stress*, normativo (Canavarro, 2001) e, da qual surgem dois novos subsistemas, parental e filial (Minuchin, 1982). Acontecem mudanças no sistema familiar assim como nas relações deste com o exterior (Silva & Figueiredo, 2005).

O percurso de adaptação é influenciado pelo contexto em que esta gravidez se insere, nomeadamente, se foi desejada, as expectativas que a grávida tem de apoio e o apoio percebido, a sua segurança emocional, o tipo de relação com o companheiro e com as pessoas significativas, assim como a situação financeira (Chou et al, 2008; Jorgensen 1993; Meiksin et al., 2010; Portelinha, 2003). Existem, nestas mudanças, condições que protegem a mulher no seu processo de readaptação, tais como ter um bom relacionamento com a família, com o companheiro, sobretudo se viverem juntos, e ter estabilidade no emprego (Figueiredo et al., 2006).

Na gravidez, o companheiro é uma fonte de apoio, que adquire um papel tranquilizador (Colman & Colman, 1994). O apoio emocional é o mais referido pelas mulheres, de escuta e afeto, que permite a diminuição do stress na gravidez e no pós-parto (Stapleton et al., 2012). O companheiro, prepara-se, assim, para o seu papel de pai, que implica cuidar e acompanhar a família. Como referem Rini e colaboradores (2006), a relação com o parceiro tem maior qualidade, servindo como fator de proteção nesta fase de transição, quando estes se sentem mais próximos e íntimos e, quando os membros do casal percebem maior igualdade entre eles, assim como pelo apoio do parceiro percebido como efetivo. Quanto mais apoio e qualidade, mais segurança e satisfação a mulher sentirá na relação, o que afetará a adaptação ao pós-parto (Stapleton et al., 2012).

O aumento dos sinais da gravidez, assim como os movimentos do bebé, têm o papel de diminuir esta ambivalência, facilitando a aceitação da gravidez (Reading, 1983). Contudo, a

ambivalência leva a mulher a pesar, juntamente com a sua família, os prós e contras de prosseguir ou interromper a gravidez, aceitando-a ou rejeitando-a. Esta repensa se estará preparada para enfrentar as mudanças a que a gravidez obriga, ponderando quais são os seus objetivos de vida e como ser mãe se encaixa nestes, questionando se será capaz de o ser, de usar os seus recursos, pessoais e monetários (Coleman & Coleman, 1994). Caso a mulher prossiga com a gravidez continuando, no entanto, ambivalente relativamente a esta, quando os sinais de que está à espera de um bebé se tornam mais frequentes, poderá apresentar uma maior instabilidade emocional, podendo, até, manifestar esta ambivalência através de muitas queixas físicas de mal-estar (Reading, 1983). Isto poderá acontecer, também, quando a mulher prossegue com a gravidez, na esperança que esta funcione como resolução dos problemas, mais frequentemente, relacionais do casal, o que normalmente não acontece, permanecendo os problemas posteriormente (Reading, 1983).

## **1.2. O processo psicológico da gravidez**

A gravidez traz consigo tarefas desenvolvimentais que preparam a mulher para ser mãe e a sua família para a sua reorganização. Canavarro (2001) sublinha a necessidade de olharmos para as tarefas ao longo da gravidez como não sendo lineares, sendo possível identificar sete tarefas psicológicas principais da mulher ao longo da gravidez. A primeira (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994), de aceitação da gravidez, assim que esta é descoberta. É neste momento que deve ser tomada a decisão de prosseguir ou não com esta gravidez. Esta tarefa é mais difícil para o pai, que não consegue sentir as mudanças que o bebé vai causando. Para algumas mulheres, aceitar a gravidez pode ser visto como aceitar o fim de si como pessoa individual, para outras, esta pode surgir como o preenchimento de um vazio (Coleman & Coleman, 1994). Caso a mulher, e o seu companheiro, rejeitem a gravidez, e decidam interrompê-la voluntariamente, as tarefas da gravidez terminam igualmente. A segunda tarefa (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994) é a de aceitar o feto como real, facilitada pelo aumento dos movimentos intrauterinos, o que, ao contrário da tarefa anterior, é mais fácil para o pai, dado que tem, desde o início, a criança como externa a si. Esta segunda tarefa acontece durante o segundo trimestre. Na terceira tarefa (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994), a qual se vai desenvolvendo enquanto a mulher se prepara para ser mãe, é a de refletir sobre as relações e modelos parentais que conhece. Repensa a relação com a sua mãe e compara o seu marido com o seu pai, avaliando quais as forças e fracassos destes modelos. Também a quarta tarefa (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994), se vai desenvolvendo ao longo da gravidez, na qual é repensado o relacionamento com o companheiro, pai do bebé, sendo

necessário criar um novo sistema na sua relação, aquele no qual são pais, para além daquele em que são companheiros. Nesta etapa, o homem pensa sobre como será quando o filho nascer, se será substituído ou ignorado pela mulher ocupada com o seu novo papel de mãe. O nascimento dos novos papéis, e a criação do novo sistema parental, acontece influenciando-se mutuamente pelos seus dois membros em crescimento, sendo que a mulher não se torna mãe e o homem não se torna apenas pai, estes tornam-se mãe e pai em conjunto. A quinta tarefa (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994), no fim da gravidez e no puerpério, refere-se à aceitação do bebé como pessoa separada. A mulher antecipa o momento em que irá conhecer o seu bebé real que, até agora, era criado de expectativas, da mãe e do comportamento intrauterino do bebé. A sexta tarefa (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994), é a de integrar a identidade parental, a qual vão, pai e mãe, desenvolvendo ao longo da gravidez e ao ir conhecendo o seu bebé, único. Por fim, a sétima tarefa (Canavarro, 2001), é a de, caso o casal tenha mais filhos, reavaliar a relação com estes, integrando nela a existência de um novo filho. Esta tarefa decorre, também, ao longo da gravidez e puerpério.

### **1.3. Conceitos de Gravidez Planeada e Desejada**

Antigamente, segundo Petersen e Moos (1997), os termos eram claros, caso a gravidez acontecesse dentro do casamento, era desejada, caso acontecesse fora deste, era indesejada. Atualmente, torna-se difícil esclarecer os termos, sendo necessário compreender o contexto em que surge a gravidez para não limitar a sua compreensão (Meiksin et al., 2010). Earle (2004) sugere quatro cenários possíveis para o aparecimento de uma gravidez. Este autor diferencia a planeada e a accidental, e outros dois contextos mais ambíguos, em que o casal planeia uma gravidez, mas sem um momento específico, e quando a mulher quer engravidar, mas o momento em que se encontra não é o certo, há desejo, mas não há plano. Relativamente a este último, atualmente, é sentida muita pressão cultural para que a gravidez aconteça nas situações ideais (Early & Letherby, 2002). Barrett e Wellings (2002), tentaram explorar os significados implícitos a uma gravidez planeada e não planeada. Segundo estes autores, a gravidez planeada contém em si quatro pontos fulcrais: a intenção de engravidar; a interrupção do uso de contraceção; o acordo com o parceiro e o *timing* de vida do casal. Relativamente à gravidez não planeada, defendem que esta acontece em contextos muito variados, ocorre sem intenção, pode ser desejada, mas não corresponde, frequentemente, ao *timing* certo. Muitas das mulheres que engravidam de forma inesperada, explicam este acontecimento como não sabendo que poderiam engravidar sem terem a intenção de o fazer (Moreau & Bohet, 2016).

A definição relativa aos conceitos de gravidez planeada e desejada não é clara, tendo em conta que existe pouco consenso na literatura quanto à operacionalização dos significados subjacentes a estes.

#### **1.4. Modelos de Adaptação**

Na gravidez planeada, a mulher prepara-se para enfrentar uma fase de mudanças, superar as tarefas anteriormente referidas e incluindo toda a aprendizagem na forma como será mãe, reencontrar a estabilidade emocional, reequilibrando-se a família e o estilo de vida, o que significa adaptar-se à maternidade (Carvalho et al., 2016). Contudo, a gravidez inesperada pode chegar à vida destas famílias como um stressor, para além das tarefas desenvolvimentais características desta fase de transição. Não sendo planeada, não existe uma preparação e, caso interrompa ou prossiga, a gravidez poderá ser fonte de stress e necessitará de resposta. Segundo o Modelo de Hierarquia Familiar (Carter & McGoldrick, 1995), a família recebe influência de stressores verticais e horizontais, sendo que os horizontais surgem ao longo do tempo do ciclo de vida da família, podendo ser normativos ou imprevisíveis, enquanto os stressores verticais cotam os anteriores, sendo os padrões as crenças, os mitos, os significados partilhados por cada família e cultura.

Que impacto pode ter uma gravidez inesperada? Segundo Lazarus e Folkman (1984), uma situação é geradora de stress quando é avaliada como excedendo os recursos que a pessoa, ou família, tem disponíveis para lidar com ela. McCubbin e Patterson (1983) exemplificam a adaptação familiar com o Modelo ABCX Duplo, no qual, dividem o processo de adaptação em pré-crise, quando a família se depara com o stressor, o período de crise, e o período pós-crise, o qual irá convergir numa adaptação maior ou menor, num contínuo. O período pré-crise, quando um stressor traz, à família, a necessidade de mudança, é mediado pelos recursos existentes nesta e pela perceção que têm do stressor. Segundo a sua avaliação deste e dos recursos que a família pode usar para lidar com ele, esta enfrenta o momento de crise, chegando ao momento pós crise. Neste momento, de adaptação à nova situação, os autores salientam a importância dos fatores de stress que se adicionaram ao stressor inicial e à resposta que foi dada a este, os recursos que a família já tinha e os novos (por exemplo, o stressor ter aumentado a coesão familiar), e a perceção da família da crise, dos fatores de stress e dos recursos que têm, redefinindo a situação tendo em conta os stressores e recursos aditivos. Dessa forma, lidando com o pós-crise, poderemos compreender a adaptação da família e de cada membro num contínuo.

O facto de a gravidez aparecer no contexto de uma relação, independentemente da duração e qualidade desta, torna importante compreender o impacto e as respostas dos membros, mais concretamente, o coping diádico (Bodemann, 2005). Bodemann (1997) apresenta-nos um modelo de stress e *coping* em casais no qual à avaliação da situação stressante é acrescentada a percepção da avaliação que o parceiro faz desta, originando uma avaliação conjunta (Bodemann, 2005). Desta forma, o stress sentido por um dos membros do casal, reflete-se na díade (Randall e Bodemann, 2009).

Lavee, McCubbin e Olson (1987) identificam o aumento da tensão familiar como resultado dos eventos stressantes, nomeadamente, as transições, e da influência que estes têm no funcionamento familiar. A necessidade de mudança originada por esta tensão, causa tensões no desempenho do papel de cada um na família, o que aumenta a tensão familiar, para além da tensão causada pelo evento stressor, podendo afetar o bem-estar percebido pela família. Os autores salientam ainda que, tensão na família gera tensão no casal, que por sua vez aumenta a tensão na família, pois o ajustamento do casal influencia o bem-estar da família, apresentando, nesse sentido, uma relação de influência circular. A percepção e avaliação da situação que a família enfrenta, influencia o bem-estar da família, no sentido em que a ajuda a perceber o nível de stress a que a situação os expõe, assim como a avaliar que recursos podem usar para reagir à situação. McCubbin, Patterson, Lavee e colaboradores (1987) salientam o uso de *coping* de reenquadramento, como potenciador de um melhor ajustamento do casal a situações avaliadas como stressantes, e do bem-estar da família no pós-crise.

Apesar de a gravidez inesperada poder ser um stressor extra na adaptação, Bouchard, Boudreau e Hebert (2006) encontraram, em casais a enfrentar uma gravidez não planeada, sinais de maior adaptação ao compará-los com casais a enfrentar uma gravidez planeada. Nomeadamente, os casais em que a gravidez não foi planeada, mostravam maior coesão percebida entre os membros do casal, descrevendo a relação como mais forte e menos conflituosa, considerando a gravidez mais difícil do que o pós-parto. Estes autores procuram explicar a influência das expectativas, mais romantizadas nos casais que planeiam a gravidez, a comparar com os casais que são surpreendidos e enfrentam, desde o início, mais stress e preocupações que, segundo os autores, nas gravidezes planeadas poderá apenas surgir quando as expectativas desta fase são confrontadas com a realidade do bebé e das tarefas da parentalidade.



A gravidez ou a IVG são potenciais stressores na vida da mulher e no seu contexto. Decidir o que fazer frente a uma gravidez inesperada, para além de ser, gravidicamente falando, numa fase de ambivalência, é uma decisão cheia de sentimentos mistos e de necessidade de ponderação (Major et al., 2009). O processo de decisão é descrito como complexo e emocionalmente exigente, fonte de muita ansiedade, sendo influenciado por variáveis sociais, relacionais e individuais, assim como por diferentes motivações, económicas, desenvolvimentais e interpessoais (Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010b). Neste sentido, Major e colaboradores (2009) salientam a importância de compreender as diferentes respostas psicológicas da mulher face a cada opção, quando deparada com uma gravidez inesperada, tentando explorar, dessa forma, o que lhe causaria mais ansiedade, prosseguir ou interromper a gravidez. Desse modo, os autores sugerem que a mulher se adaptaria melhor caso escolhesse a hipótese que a pusesse em menor risco. Dentro da ponderação destas hipóteses, os autores sugerem ainda a atenção para o desejo relacionado com esta gravidez, considerando que este tem grande influência na determinação das respostas psicológicas e adaptação. Contudo, o desejo expresso da mulher relativo a esta gravidez pode ser influenciado pela opinião do parceiro quanto à gravidez e ao seu desfecho (Joyce, Kaestner & Korenman, 2000). Zabin e colaboradores (2000) salientam a relação entre as intenções da mulher e as necessidades e opinião do parceiro, sublinhando estas intenções como adaptáveis ao que o parceiro quer. Contudo, ter o apoio do companheiro quanto ao que se decide, e estar numa relação estável, parece pesar na decisão, sendo uma relação instável um fator de risco para uma gravidez inesperada, assim como um fator de peso para decidir interrompê-la (Barrett, Peacock & Victor, 1998). Quanto menos seguras da sua decisão, as mulheres se mostrarem mais difícil será a sua adaptação à decisão tomada (Adler et al., 1990).

### **1.5. Prosseguir com a gravidez**

A gravidez e a maternidade são momentos emocionalmente exigentes na vida da mulher e da sua família, incluindo uma grande carga emocional, tanto positiva como negativa (Moura-Ramos & Canavarro, 2007). Prosseguir com uma gravidez implica aceitar as mudanças que esta traz consigo (Colman & Colman, 1994). É necessário que, em especial, a mãe, consiga chegar a um acordo sobre a sua nova realidade para que consiga vivê-la em pleno. A aceitação da gravidez, para além da resolução das outras tarefas desenvolvimentais, representa um fator de proteção para a adaptação a esta (Figueiredo, Pacheco, Costa & Magarinho, 2006).

Para compreender o impacto que esta gravidez pode ter na vida daquela mulher e da sua família, é necessário compreender como esta gravidez, em especial se for inesperada, encaixa no contexto em que surge (Meiksin et al., 2010), assim como o seu significado, que acaba por ser moldado pelo anterior. O seu significado influenciará a forma como o contexto se relacionará com esta criança e a influência que esta terá nele (Coleman & Coleman, 1994). Desta forma, o contexto pode surgir como um fator de proteção ou de risco (Rini et al., 1999). Para além da gravidez em si, existem outros stressores que influenciam a ansiedade vivida nesta fase, nomeadamente, obstétricos, antecedentes psicopatológicos, a rede de suporte e familiar, entre outros fatores biopsicossociais (Conde & Figueiredo, 2003). Figueiredo e colaboradores (2006), referem a importância da qualidade dos relacionamentos, em especial da relação com o companheiro para a adaptação. Rini e colaboradores (1999) salientam que o processo de adaptação à gravidez implica avaliar o stress habitual desta fase, que inclui as tarefas psicológicas de identidade e reflexão sobre papéis, e as tarefas sociais de reorganização da estrutura e funcionamento do contexto em que esta surge, refletindo sobre os recursos da mulher e da sua família e rede para lidar com estes. Para os autores, recursos como a autoestima, o otimismo e a mestria nas capacidades que são necessárias desenvolver nos novos papéis potenciam uma melhor adaptação ao stress originado com a gravidez (Rini et al., 1999). Contudo, Rini e colaboradores (1999) encontram relação entre as mulheres com menos nível educacional e com menor estatuto socioeconómico, como tendo menos recursos, vindo dessa forma a situação gravidez como mais stressante.

O planeamento da gravidez é encontrado como um fator influenciador do stress causador e da adaptação a esta (Ay & Piro, 2013; Bouchard, 2005; Chou et al., 2008; Delgado-Rodriguez et al., 1997; Meiksin et al., 2010; Yanikkerem, 2013), sendo tido como situação de maior risco para problemas psicossociais (Meiksin et al., 2010). Barrett, Smith e Wellings (2004) sugerem um modelo para compreender as razões e possíveis causas de uma gravidez, tendo em conta o contexto em que esta surge, circunstâncias e relacionamento, o comportamento do contexto de preparar ou não a gravidez e ter comportamentos que a possibilitem, assim como a postura dos membros do casal, tendo em conta o desejo da gravidez e a intenção desta. Chou e colaboradores (2008), encontram relação entre a gravidez não planeada com maior stress e menos apoio, o que influencia uma menor adaptação psicossocial. No geral, o contexto psicossocial de casais que enfrentam uma gravidez não planeada é tido como de risco, mesmo que estes aceitem a gravidez (Bouchard, 2005). Bouchard (2005) identifica como casais em risco de uma gravidez não planeada os casais mais novos e com relações mais curtas e não

casados, assim como com menor educação e menor nível socioeconómico, o que é também identificado por Yanikkerem e colaboradores (2013) que referem, ainda, menor satisfação marital, menor apoio e desemprego. Os autores identificam como consequências da gravidez não planeada, maior risco de depressão e menor saúde pré-natal, que Delgado-Rodriguez e colaboradores (1997) relacionam com menos comportamentos de saúde pré-natal, assim como mais queixas de mal-estar durante a gravidez. Meiksin e colaboradores (2010) identificam como potencial consequência a menor satisfação com o companheiro, menor apoio percebido, o que pode causar um aumento do humor depressivo, e menos apoio e mais conflito com o companheiro. As expectativas relativamente à gravidez são, também, referidas como fator de risco para a adaptação (Cox et al. 1999), influenciando a forma como a mulher se prepara para a realidade, considerando que as mulheres que enfrentam uma gravidez não planeada lidam, desde mais cedo, com as preocupações relativas a esta, enquanto as mulheres que engravidam de forma planeada vivem uma preparação para a maternidade mais expetante, o que pode ser fator de risco quando chocam com a realidade do bebé (Bouchard et al., 2006). Cox e colaboradores (1999) encontram uma relação entre a depressão e a gravidez não planeada, tendo como possível consequência a diminuição da satisfação na relação, com a diminuição das interações positivas. Como fator de proteção, os autores salientam o papel da capacidade de resolução de problemas do casal, permitindo uma maior satisfação, ou menos declínio desta no pós-parto. Figueiredo e colaboradores (2010), para além da depressão, identificam problemas de ansiedade nos membros do casal como fator de risco para a adaptação deste à nova situação, pois influenciam o relacionamento.

## **1.6. Interrupção da gravidez**

O estudo da experiência de uma interrupção voluntária da gravidez é complexo (Charles et al., 2008), sendo as oportunidades de a estudar limitadas pela observação, pois não é possível consegui-lo em contextos experimentais (Thorp, Hartmann & Shadigan, 2005). Para além disso, a IVG é uma experiência muito conotada culturalmente, em especial de forma negativa, o que dificulta o acesso à população de estudo, frequentemente desconhecida por arrependimento ou vergonha de ter passado pela experiência. Para além desta limitação no estudo da IVG, também a experiência vivida numa interrupção da gravidez tem sido estudada no sentido de generalizar os seus resultados, o que se torna difícil, tendo em conta a unicidade desta vivência, tão influenciada pelo contexto pessoal, relacional, social e cultural em que surge (Major et al., 2009). Neste sentido, os autores sugerem que, para melhor compreender cada experiência de

IVG, assim como as suas possíveis reações e consequências, é necessário compreender cada uma delas tendo em conta o contexto específico em que surge.

Após a decisão de interrupção, algumas mulheres podem sentir alívio, julgando ter feito a escolha certa, enquanto outras podem mostrar reações de luto, confusão e tristeza (Major et al., 2009). Para compreender a adaptação pós-IVG, seguida a uma gravidez inesperada, é necessário ter em conta o processo de decisão, tendo este influência na vivência desta experiência de ajustamento (eg.: Faúndes & Barzelatto, 2004; Guedes et al., 2010b; Major et al., 2009). Faúndes e Barzelatto (2004) elucidam-nos sobre algumas razões que pesam para o lado da decisão de interromper a gravidez, nomeadamente, a falta de apoio do pai e/ou da rede, económicas, de saúde, conflitos com as normas sociais, o sentimento de incapacidade de aceitar o desafio de ser mãe e o sentimento de que a gravidez comprometerá os seus projetos de vida. Adler e colaboradores (1990) sublinham que, as consequências observadas após uma interrupção da gravidez devem ser vistas, não como consequências da IVG em si, mas sim dos significados associados a esta gravidez e à interrupção, acrescentando que, o desejo da gravidez, os significados a esta atribuídos, a falta de apoio, uma relação menos segura e mais conflituosa podem aumentar o risco de desadaptação. Noya e Leal (1998b) identificam como fatores de risco na decisão de realizar uma IVG, o facto de haver desejo relacionado com esta, e uma ideologia contra a opção de interromper voluntariamente a gravidez.

Assim como a gravidez, a experiência de interrupção voluntária da gravidez é vista como emocionalmente exigente, implicando a mobilização de recursos pessoais para lidar com esta (Guedes, Gameiro e Canavarro, 2010a). Encontrar-se numa relação instável é um fator de risco, tanto para que aconteça uma gravidez inesperada, como para que esta seja interrompida (Barrett, Peacock & Victor, 1998; Guedes et al., 2010c), acrescentando mais ansiedade àquela que já se vive na relação e tornando mais difícil a tomada de decisão, assim como a adaptação após a decisão (Guedes et al., 2010c). Major e colaboradores (2009) identificam como fatores de risco para a adaptação a uma IVG, o desejo relacionado com aquela gravidez, o estigma cultural e individual relacionado com a IVG, a existência de problemas mentais anteriores à IVG, assim como o uso de estratégias de *coping* de negação e de evitamento. Decidir interromper uma gravidez pode funcionar como estratégia de *coping* para lidar com o stress originado por uma gravidez inesperada, e pode tornar-se stressor, dependendo dos significados que esta adquira e da avaliação que a mulher faça desta (Speckhard & Rue, 1992). Speckhard e Rue (1992) salientam, ainda, a IVG como uma experiência causadora de respostas emocionais negativas nos contextos em que são experienciadas, sublinhando a existência de psicopatologia

anterior a esta experiência como fator de risco para a adaptação posterior. Estes autores indicam ainda a existência de uma síndrome pós-aborto, caracterizado por uma constelação de comportamentos disfuncionais e reações emocionais experienciados após a exposição a uma IVG. Num estudo longitudinal de 30 anos, Fergusson e colaboradores (2008) encontraram um aumento de 30% do risco para a saúde mental de mulheres com experiência de IVG, podendo adquirir uma conotação de evento traumático na vida de algumas mulheres (Fergusson, Horwood & Boden, 2008), tendo alguns autores, associado esta experiência a stress pós-traumático, especialmente, quando usando estratégias menos adaptativas (Rue, Coleman, Rue & Reardon, 2004), podendo estar, dessa forma, associada a maior risco de psicopatologia, ao comparar com as mulheres que prosseguiram a gravidez (Coleman, Reardon, Rue & Cogle, 2002). Contudo, há autores que sugerem uma compreensão desta experiência como resposta de *coping* (Adler et al., 1990; Guedes, Gameiro e Canavarro, 2010b). Guedes e colaboradores (2010b) encontram, nas mulheres que experienciaram IVG, respostas de stress aumentado e de reações emocionais negativas, contudo, não traumáticas, identificando nestas um processo de adaptação normativo, integrando-o no Modelo de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984), mais do que num modelo de luto, na tentativa de diminuir o stress e aumentar a sensação de bem-estar e felicidade, tanto para a gestão do stress induzido pela gravidez inesperada, como para a adaptação à decisão. Patrão, King e Almeida (2012) encontram resultados ambivalentes quanto à existência de um síndrome pós-aborto, contudo os autores identificam a existência de consequências psicológicas negativas como respostas emocionais à IVG, porém de duração e intensidade variável, a qual é influenciada pelo contexto em que surge. Segundo Cogle, Reardon e Coleman (2003), uma experiência de IVG aumenta o risco de depressão na mulher para 65%, sendo, pelo contrário, o nascimento visto como protetor desta, associando a IVG a maior risco de suicídio. Os autores encontram, ainda, diferenças na personalidade das mulheres que decidem interromper e as que decidem prosseguir com uma gravidez, contudo, Barrett, Peacock e Victor (1998) não encontram diferenças entre estas, apenas na idade, sendo que mulheres mais novas decidem mais por interromper a gravidez (eg.: Thorp et al., 2005). Major e colaboradores (1998) encontram efeitos da personalidade na adaptação a uma IVG, sendo que, personalidades mais resilientes avaliam a interrupção como menos stressante e sentem maior autoeficácia para lidar com esta, usando estratégias de *coping* de aceitação e reenquadramento. Estratégias como evitamento, negação e ventilação resultam numa menor adaptação (Major et al., 1998). Nesse sentido, os recursos da personalidade da mulher ajudam a prever a forma como se irá adaptar, sendo que, melhores recursos ajudam a fazer uma

avaliação de menor stress, o empenho de melhores estratégias e, consequentemente, uma melhor adaptação.

Guedes e colaboradores (2010a) encontram como fator influente na adaptação a uma IVG, as recordações das práticas parentais, sendo que, mulheres com experiência de rejeição mostram mais dificuldade na adaptação, revelando mais psicopatologia, enquanto que, se partem de modelos de superproteção, têm mais dificuldade no processo de decisão, pois são pessoas mais dependentes, contudo esta não influencia a adaptação posterior. Cozzarelli, Sumer e Major (1998), salientam a influência dos modelos mentais de vinculação para a adaptação, no sentido em que influenciam o apoio percebido, o conflito social percebido e a autoeficácia, assim como pelo modelo do self e dos outros, que influencia a sua rede de apoio social e a sua confiança para procurar e receber apoio desta. Neste sentido, o *coping* utilizado para avaliar e lidar com a IVG sofre influência destes modelos na escolha de estratégias mais ou menos eficazes. Mulheres mais seguras, são capazes de decidir melhor e de se conseguir maior adaptação, do que mulheres preocupadas (Cozzarelli et al., 1998). Relativamente às estratégias de *coping* usadas, Guedes e colaboradores (2010a) identificam como estratégias de risco o uso de *coping* religioso, tendo em conta a sua conotação ligada a IVG, a ventilação e a negação. São, ainda, encontradas reações gerais de ideação paranóide e maior sensibilidade emocional após uma IVG, que as autoras relacionam com o estigma vivido no contexto sociocultural (Guedes et al., 2010b). Russo e Zierk (1992), identificam como fatores protetores da adaptação, uma maior autoestima, assim como o uso de estratégias de gestão da frustração mais eficazes.

Relativamente à influência do apoio na adaptação a uma IVG, maior apoio percebido, em especial, do companheiro, está relacionado com uma melhor adaptação, em especial, se este apoio já for sentido antes da experiência de IVG (Major et al., 1990). A procura de apoio é usada como estratégia de *coping* na adaptação a uma IVG, e, perceber este apoio, aumenta a sensação de autoeficácia para lidar com esta (Major et al., 1990). Major e colaboradores relacionam ainda as expectativas com a autoeficácia, assim como com as consequências que possam surgir de uma IVG, sendo que, expectativas negativas se encontram associadas a mais depressão, resultado de uma pior adaptação. Os autores encontram, ainda, que ter apoio na decisão prediz um melhor ajustamento, contudo, estes não encontram diferenças entre as mulheres que tiveram apoio e as que não contaram a ninguém sobre a sua IVG, sendo a pior adaptação associada a mulheres que contaram que iriam fazer uma IVG e que não receberam apoio social para esta, o que sublinha a importância do apoio social no processo de adaptação.

Noya e Leal (1998b) alertam para a necessidade de ver as consequências na IVG não apenas relacionadas com o ato de abortar. As autoras encontram, na maioria das mulheres, uma experiência de crescimento, contudo, algumas mulheres apresentam sentimentos como tristeza e mágoa (Noya & Leal, 1998a).

### **1.7. Relevância da Investigação**

Esta investigação surge da necessidade de continuar a tentar compreender, para além das consequências de prosseguir ou interromper com uma gravidez inesperada, o que tem influência na adaptação a esta decisão, e que pode proteger ou aumentar o risco a que a mulher, após a crise relacionada com a gravidez inesperada e a tomada de decisão, pode estar exposta. Os estudos já existentes não chegam a acordo quanto à existência de consequências pós interrupção voluntária da gravidez, e existe falta de estudos que se dediquem à compreensão das dificuldades de adaptação à maternidade, quando esta surge de forma inesperada e quando não é desejada.

A investigação tem, em especial, como objetivo contribuir para a compreensão da gravidez inesperada e da interrupção voluntária da gravidez no contexto português, no qual existem, ainda, poucos estudos que ajudem a compreender a forma como estas experiências são vivenciadas no nosso contexto socioeconómico.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Desenho da investigação**

Cada investigação é guiada por princípios, crenças e valores para a sua realização, ajudando, assim, o investigador a orientar o *como* deve guiá-la. Neste sentido, são identificados por Guba e Lincoln (1994) quatro paradigmas científicos: o Positivista, o Pós-Positivista, a Teoria Crítica e o Paradigma Construtivista, os quais se diferenciam nas suas posições ontológica, epistemológica e metodológica.

É no Paradigma Pós-Positivista que se alicerça esta investigação, no sentido em que a posição ontológica assumida é a de uma realidade como objetiva e múltipla, levando esta complexidade ao adquirir de um conhecimento imperfeito e probabilístico, a posição epistemológica, de conhecimento com esta realidade, desejavelmente, através da interação do investigador com os objetos de estudo e, ainda, sendo a posição metodológica dedicada, em especial, à falsificação de hipóteses como forma de chegar a esta realidade (Guba & Lincoln, 1994).

A presente investigação encontra-se enquadrada numa abordagem qualitativa exploratória com recurso a um instrumento quantitativo, numa amostra de mulheres que passaram por uma gravidez inesperada, focando-se na adaptação ao pós-decisão de prosseguir ou interromper essa gravidez<sup>1</sup>.

### **2.1.1. Questão inicial.**

Que fatores influenciam a adaptação ao pós-decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada?

### **2.1.2. Mapa concetual.**

Como forma de ilustrar o presente estudo, criou-se, com base na questão inicial, o mapa concetual. Este pretende esquematizar os construtos em estudo, assim como as relações entre estes.

O mapa concetual apresentado de seguida (Figura 1), ilustra a relação temporal (contexto anterior à gravidez, descoberta da gravidez, decisão e pós decisão), com as influências dos diferentes contextos (individual, microssistema, mesossistema, exossistema, macrosistema), tendo, dessa forma, em conta os fatores de risco e de proteção provenientes de cada um desses contextos, assim como a sua influência na gravidez, na decisão, e no pós-decisão. Nesse sentido, a gravidez inesperada surge num contexto com fatores de risco e de proteção ao qual, ao ser tomada a decisão, se acrescentam novos fatores de risco e de proteção, os quais surgem do contexto em que a gravidez inesperada surge, em que a gravidez se insere e em que a decisão foi tomada, influenciando a adaptação da mulher ao seu novo contexto do pós-decisão, adaptação representada num contínuo.

---

<sup>1</sup> A investigação foi realizada em parceria com a mestranda Beatriz Gorjão, cuja tese se foca nos aspetos da decisão destas mulheres que enfrentam uma gravidez inesperada.



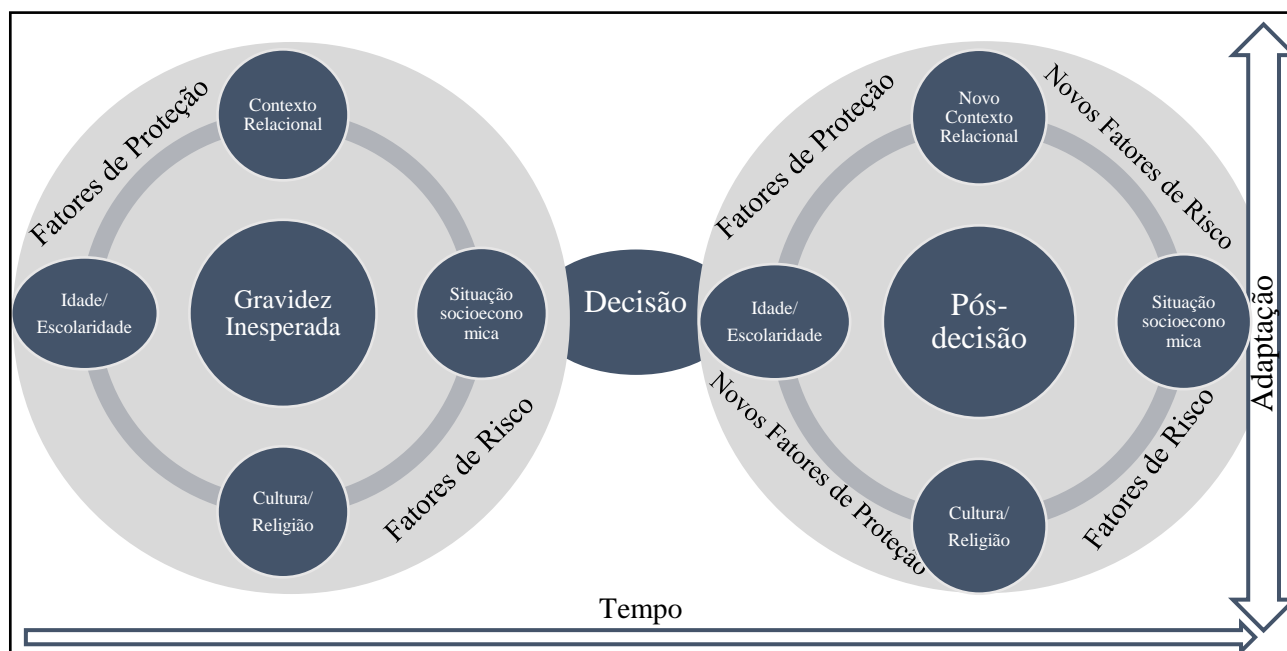


Figura 1. Mapa conceitual da investigação

### 2.1.3. Objetivos gerais e específicos.

Esta investigação tem como objetivo contribuir para a compreensão do processo de adaptação da mulher, quando na sua vida ocorre uma gravidez inesperada.

Nesse sentido, a investigação tem como objetivos gerais: (1) conhecer a história de mulheres que passaram por uma gravidez inesperada e respetiva perceção sobre este acontecimento; (2) compreender o impacto que a gravidez inesperada e a decisão sobre prosseguir ou interromper esta gravidez tem na vida da mulher; (3) conhecer e especificar os fatores que pesam na adaptação após decidir prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada; (4) estudar as diferenças na adaptação entre as mulheres que prosseguem e as que interrompem a gravidez inesperada; e, por fim, (5) definir e diferenciar os conceitos de gravidez desejada e planeada, uma vez que na literatura não existe uma definição clara destes conceitos; (6) utilizar a Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985) para compreender o nível de adaptação à decisão de prosseguir ou interromper de uma gravidez inesperada.

Através destes objetivos gerais, é possível definir objetivos mais específicos: (a) compreender como ocorreram as gravidezes inesperadas (conhecendo os fatores de risco, o contexto social, relacional e familiar); (b) conhecer os fatores que pesaram no processo de

decisão, de forma a compreender o peso destes fatores na adaptação a esta decisão; (c) identificar que fatores potenciam ou dificultam esta adaptação; (d) compreender que influência têm estes fatores na adaptação da mulher e do seu contexto ao pós-decisão; (e) identificar quais os fatores principais para uma adaptação positiva, comparando os fatores mais referidos com os resultados de maior satisfação da Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985); (f) identificar quais os fatores principais para uma adaptação negativa, comparando os fatores referidos com os resultados de menos satisfação na Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985).

#### **2.1.4. Questões de investigação.**

Q1: “Que fatores pesam na decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada?”

Q2: “Que fatores influenciam a adaptação à decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada?”

Q3: “Como é que os fatores que pesaram na decisão influenciam a adaptação ao pós-decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada?”

Q4: “Que fatores estão mais presentes no processo de adaptação das mulheres que revelam estar mais satisfeitas na Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985), identificando-se assim com fatores de proteção para a adaptação?”

Q5: “Que fatores estão mais presentes no processo de adaptação das mulheres que revelam estar menos satisfeitas na Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985), identificando-se assim como fatores de risco para a adaptação?”

## **2.2. Questões metodológicas**

### **2.2.1. Processo de seleção da amostra.**

Para esta investigação, a amostra foi selecionada por conveniência (VanderStoep & Johnson, 2009). Esta opção está relacionada com a limitação de tempo para a realização das entrevistas, assim como com a dificuldade de conseguir amostra relacionada com um dos temas de estudo da presente investigação, o de interrupção voluntária da gravidez. Neste sentido, a

amostra foi escolhida pela sua disponibilidade e alcance, aceitando a possível limitação de generalização relacionada com esta amostra (VanderStoep & Johnson, 2009).

Para este estudo, foram selecionadas mulheres que tivessem passado por uma gravidez inesperada ao longo da sua vida, tendo decidido prosseguir ou interromper, voluntariamente, esta gravidez. A participação nesta investigação foi solicitada de forma voluntária e assegurada a confidencialidade das participantes.

### 2.2.2. Caracterização da Amostra.

A amostra selecionada para a investigação é composta por mulheres que tenham, ao longo da sua vida, passado por, pelo menos, uma gravidez inesperada, podendo ter decidido prosseguir ou interromper de forma voluntária esta gravidez inesperada. A amostra é constituída por 13 mulheres (N=13), das quais, oito prosseguiram com a gravidez inesperada, e cinco decidiram interromper a gravidez.

**Tabela 1. Caracterização da amostra quanto às variáveis sociodemográficas identificadas**

	Frequência (N)	Percentagem (%)	Média (M)
<b>Idade</b>			
17 - 67			34,5
<b>Escolaridade</b>			
Ensino Superior	7	54	
12º ano	3	23	
9º ano	2	15	
6º ano	1	8	
<b>Religião</b>			
Católica	8	62	
Sem religião	5	38	
<b>Atividade Profissional</b>			
Estudante	4	31	
Empregada	6	46	
Desempregada	2	15	
Reformada	1	8	
<b>Nº de filhos</b>			
0 - 3			1,2
<b>Nº de IVG</b>			
0	8	62	
1	2	15	

2	2	15
3 ou mais	1	8

---

Com base no questionário sociodemográfico (Tabela 1) podemos observar que, na amostra recolhida, a idade média das participantes ronda os 35 anos, tendo, a participante mais nova, 17 anos, e a mais velha, 67 anos ( $M=34,5$ ). Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria (7) das participantes tem o Ensino Superior enquanto três têm o 12º ano de escolaridade, duas têm o 9º ano e só uma o 6º ano. Das participantes, quatro continuam a estudar, enquanto seis estão empregadas, duas estão desempregadas e uma está reformada. As participantes têm, em média, 1 filho sendo que o número de filhos varia entre 0 a 3 filhos. Dentro da amostra recolhida, oito participantes não realizaram nenhuma interrupção voluntária da gravidez (IVG) duas realizaram duas IVG, outras duas concretizaram três IVG, e, por último, uma participante interrompeu voluntariamente uma gravidez quatro vezes. A maioria das participantes (8 participantes) é de religião Católica, enquanto as restantes (5 participantes) afirmam não ter religião.

### **2.2.3. Instrumentos utilizados.**

Nesta investigação, foi realizada, uma entrevista semiestruturada durante a qual foram aplicados um Questionário Sociodemográfico, e a Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985).

#### ***2.2.3.1. Questionário Sociodemográfico.***

Este questionário tem como o objetivo recolher a informação sociodemográfica de cada participante, como forma de compreender a sua situação e o contexto em que surgiu a (s) gravidez (es) inesperada (s). Este encontra-se integrado na parte inicial da entrevista semiestruturada, na qual é questionada a idade, da mãe e do (s) filho (s), caso tenha filho (s). Nesse sentido, é também questionado o número de filhos, a religião, o nível de escolaridade e a atividade profissional.

#### ***2.2.3.2. Entrevista semiestruturada.***

A entrevista é um instrumento que tem como objetivo recolher informação das representações da realidade do entrevistando, que contribua para a construção do conhecimento a que a investigação pretende responder (Daly, 2007). Sendo esta entrevista semiestruturada, é

criada tendo tópicos guia, que têm por base a informação relevante que o investigador conhecer (Miller & Dingwall, 1997), originando perguntas flexíveis no contexto da conversa sobre o tema da gravidez inesperada que se vai desenrolando. Estes tópicos dão, à entrevista, alguma organização e estrutura sobre a informação que se pretende recolher na entrevista (Daly, 2007), como os vários momentos da descoberta da gravidez inesperada, à decisão de prosseguir ou não com esta, à relação com o companheiro desta gravidez, e ao apoio sentido pelo contexto em que esta surge.

Para a entrevista, tendo em conta as diferentes situações das participantes da amostra, foram criados três guiões semiestruturados, um para as mulheres que prosseguiram com a gravidez inesperada recentemente (Anexo A), outro para as mulheres que prosseguiram com a gravidez inesperada há 6 anos ou mais (Anexo B), e outro para as mulheres que interromperam voluntariamente a gravidez inesperada (Anexo C). Desta forma, foi possível adaptar algumas questões sensíveis relacionadas com o tema da gravidez e da interrupção voluntária e outras questões relacionadas com a fase do ciclo de vida em que a mulher e a sua família se encontram. Cada entrevista é composta por 47 questões, divididas por 11 blocos temáticos, quando usando o guião para participantes que estão grávidas ou prosseguiram uma gravidez inesperada há menos de 6 anos, ou por 41 questões divididas por 10 blocos temáticos para as participantes que prosseguiram com uma gravidez inesperada há 6 ou mais, ou que a interromperam voluntariamente. No guião para as entrevistas são explorados 11 blocos temáticos, no caso do guião para as participantes grávidas ou tendo passado por esta experiência há menos de 6 anos, nomeadamente: (I) Informação, no qual é realizada a apresentação e explicação da entrevista, confidencialidade e autorização para gravar; (II) Ser mãe, no qual é explorado o significado de ser mãe; (III) Dados sociodemográficos; (IV) Relação com o pai da criança; (V) Gravidez, onde é explorado o processo de descoberta e reações a esta; (VI) Processo de decisão; (VII) Decisão de prosseguir ou de interromper a gravidez; no qual são exploradas as reações a esta decisão e a influência desta na sua vida; (VIII) Vida atual, onde é aplicada a Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985); (IX) Apoio social atual; (X) Planos futuros, a curto e longo prazo; (XI) Finalização, no qual são feitos os agradecimentos, e acrescentados alguns aspetos que a entrevistada ache relevante. Nos guiões para as participantes que já passaram pela experiência há 6 anos ou mais, ou que interromperam a gravidez, é excluído o bloco (X), o qual deixa de fazer sentido, tendo em conta que este serve como recurso para compreender a realidade das participantes que estão, ainda, no momento de adaptação ao acontecimento em estudo, a gravidez inesperada, sendo que o bloco (XI)

“Finalização” passa a (X). Também, neste sentido, nos guiões das participantes que prosseguiram com uma gravidez inesperada recentemente, são explorados temas sobre a gravidez e o nascimento, enquanto no guião das mulheres que prosseguiram com uma gravidez inesperada há 6 anos ou mais, são explorados menos tópicos relacionados com a gravidez, sendo retirado o tópico “Está grávida de quanto tempo? Qual a idade do seu bebé?”, e relacionadas com uma relação no ciclo de vida de casal sem filhos, em que o casal pode viver ainda separado “Questionar acerca do agregado familiar do companheiro/pai”, acrescentando tópicos mais relacionados com a adaptação à vida com este filho inesperado, como “Ausência/presença do pai”. Para as participantes que interromperam voluntariamente a gravidez inesperada, são retirados os tópicos relacionados com o processo da gravidez e com os dados sobre o filho. Cada entrevista é composta por 47 questões, divididas por 11 blocos temáticos, quando usando o guião para participantes que estão grávidas ou prosseguiram uma gravidez inesperada há menos de 6 anos, ou por 41 questões divididas por 10 blocos temáticos para as participantes que prosseguiram com uma gravidez inesperada há 6 ou mais, ou que a interromperam voluntariamente.

A entrevista é gravada em áudio e, depois, transcrita, sendo o áudio eliminado, como forma de manter a confidencialidade e anonimato. Todos os tópicos explorados na entrevista são analisados qualitativamente.

#### ***2.2.3.2. Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985).***

A Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS) (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985) (Anexo D) tem como objetivo, nesta investigação, oferecer uma medida da adaptação e bem-estar subjetivo das participantes à sua vida atual (Pavot & Diener, 1993). A escala fornece uma medida geral de satisfação com a vida (vertente cognitiva do bem-estar subjetivo), desenvolvida com o objetivo de possibilitar a medida da satisfação com a vida como um processo de juízo cognitivo, possibilitando que o faça através da comparação das circunstâncias da sua vida com os seus próprios padrões (Pavot & Diener, 1993) e preenchendo a necessidade de uma escala multi-item, permitindo medir esta a satisfação de uma forma geral (Neto, 1993). Antes constituída por 48 itens, foi analisada e os fatores agrupados em três – a satisfação com a vida, o afeto positivo e o negativo – tendo sido assim possível a sua atual constituição de cinco itens (Pavot & Diener, 1993), os quais são respondidos numa escala de *Likert* de 7 pontos, dos quais, 1 corresponde a “Totalmente em

Desacordo” e 7 a “Totalmente de Acordo”, incluindo questões como “Estou satisfeito com a minha vida” e “ Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada”.

A escala é cotada de 5 a 35 pontos, sendo os resultados integrados em categorias intervalares: entre 5 e 9 pontos, corresponde a um resultado de extremamente insatisfeita com a vida; de 10 a 14 pontos, insatisfeita; entre 15 e 19 pontos, enquadra-se no resultado de ligeiramente insatisfeita; a pontuação número 20 é uma posição neutra, de igualdade entre satisfação e insatisfação; entre 21 e 25, os resultados correspondem a ligeiramente satisfeita; de 26 a 30, a pontuação enquadra-se no intervalo de satisfeita; e, por fim, de 31 a 35 pontos, a pontuação relaciona-se com um resultado de extremamente satisfeita (Pavot & Diener, 1993). A escala é de compreensão acessível para escolaridade igual ou superior ao 6º ano de escolaridade, e validada para uso intercultural (Pavot & Diener, 1993). A escala apresenta uma consistência interna forte, com um alfa de Cronbach de 0.82 na escala original (Diener et al., 1985) e de 0.78 na escala adaptada para a população portuguesa por Neto (2001).

A escala foi utilizada como uma medida complementar da análise qualitativa, sendo os seus resultados integrados na análise realizada através do *software Qualitative Solutions Research (QSR) Nvivo 11 for Windows*.

#### **2.2.4. Procedimento de recolha, tratamento e análise de dados.**

Para encontrar a amostra para a investigação, foram estabelecidos contatos com pessoas conhecidas que poderiam ser participantes ou que poderiam pôr-nos em contato com potenciais participantes, mulheres que tivessem passado por uma gravidez inesperada, tendo decidido prosseguir ou interromper essa gravidez. A seleção e contato com as potenciais participantes decorreu entre setembro de 2016 e julho de 2017, tendo sido realizadas as 13 entrevistas durante todo o período de recolha. Após o contato com as potenciais participantes, era marcada uma data e um local confortável para realizar a entrevista. A entrevista era realizada pelas investigadoras, recorrendo ao guião semiestruturado, adaptado a cada situação (prosseguiu gravidez inesperada recentemente, há mais de 6 anos, ou interrompeu a gravidez inesperada). No início da entrevista era aplicado o questionário sociodemográfico e num momento intermédio, a Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985). No início da entrevista eram recolhidos os consentimentos informados (Anexo M) e autorizada a gravação da mesma, assim como assegurados o anonimato e confidencialidade, adquirindo a entrevistada, assim como cada pessoa que referisse, nomes

fictícios, e sendo a entrevista eliminada após transcrição e conhecida na sua forma escrita apenas pelas investigadoras.

Após a recolha de dados de cada análise, a entrevista era transcrita e a Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985) cotada. Dessa forma, era possível prosseguir para o tratamento e análise destes. Tendo em conta o carácter qualitativo exploratório da investigação, esta análise foi realizada com recurso ao *software Qualitative Solutions Research (QSR) Nvivo 11 for Windows*. Desta forma, os dados foram tratados através de um método analítico qualitativo, a análise temática. Esta permite tratar informação complexa de forma rica e detalhada, na qual se procede à identificação dos padrões reportados nos dados, assegurando a análise destes ao detalhe (Braun & Clarke, 2006).

Através da reflexão e análise das entrevistas realizadas com mulheres que experienciaram uma gravidez inesperada, e a decisão de prosseguir ou interromper esta gravidez foi possível identificar padrões emergindo das experiências de cada mulher, tendo sido criadas categorias e subcategorias como forma de organizar a informação proveniente dos dados (Braun & Clarke, 2006).

### **3. Resultados e Discussão**

Tendo em conta que, nas entrevistas realizadas, o foco dos temas explorados foi, em maior parte, na descoberta e decisão relacionada com a gravidez inesperada, a compreensão da adaptação das participantes às experiências de prosseguir ou interromper estas gravidezes foi avaliada com recurso à Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985), assim como feita uma compreensão do contexto em que surge a gravidez inesperada, em que é tomada a decisão e em que se integra o pós-decisão, como forma de identificar que fatores potenciaram ou dificultaram a adaptação ao novo contexto da mulher, e família, que prosseguiu, ou interrompeu, uma gravidez inesperada. Desta forma, os dados estão organizados segundo os padrões emergentes de fatores que podem ter pesado nesta adaptação, tendo sido referidos pelas participantes, ou inferidos através do contexto em que se inserem e na ligação com os resultados da Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985).

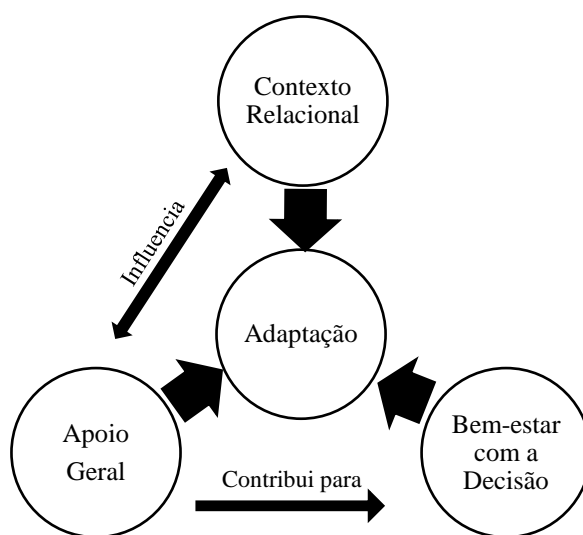
Os resultados, tendo em conta a compreensão da adaptação à situação experienciada por cada mulher, foram organizados tendo em conta os fatores de proteção e de risco para esta adaptação, sendo relacionados com o contexto em que esta surge, os fatores que pesaram na decisão de prosseguir ou interromper esta gravidez, e os fatores



de proteção e de risco que surgem deste novo contexto de pós-decisão.

Três das participantes passaram várias vezes pela experiência de gravidez inesperada, tendo sido consideradas as várias experiências no momento da entrevista. Nesse sentido, foram tidos em conta os fatores referenciados para cada situação, tendo em conta que, segundo as participantes, estas foram diferentes, fornecendo, nesse sentido, uma maior riqueza aos dados.

No processo de adaptação à decisão e pós-decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada (Figura 2), foi identificado um fator predominante, **o contexto relacional** em que a gravidez ocorre, no qual é possível identificar a relevância da **estabilidade da relação**, **o apoio do companheiro**, **o plano de parentalidade partilhado** (a sua existência ou inexistência) e o **funcionamento em conjunto**, que culmina na decisão conjunta. O **apoio geral** recebido, ou seja, por toda a rede social da mulher, é, também, um fator referido como de forte influência, no sentido em que permite proteger a mulher na decisão e adaptação, ou, em forma de **pressão social** ou **falta de apoio**, se torna um fator de risco para esta. Por fim, está ainda o **bem-estar com a decisão** que foi tomada, ou seja, se concorda com o que decidiu, ou o **desejo de ter decidido de outra forma**, como influenciador da adaptação ao pós-decisão, ou seja, quanto melhor se sentir a mulher com a forma como decidiu, mais fácil será adaptar-se ao seu novo contexto.



*Figura 2.* Fatores com maior peso para a adaptação ao pós-decisão de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada

Tendo em conta que os fatores que pesaram de forma positiva ou negativa para a adaptação das participantes são comuns para as experiências de prosseguir e de interromper a gravidez, estes serão analisados como um todo, sendo feita referência em especial a cada situação, quando o fator se revela específico de um dos cenários.

### 3.1. Compreender o contexto em que surge uma gravidez inesperada

Relativamente ao contexto em que surge a gravidez inesperada, as mulheres entrevistadas referiram informação que nos ajuda a compreendê-lo. No Anexo F é possível conhecer as categorias principais que nos permitem pintar este contexto. Algumas das categorias são diretamente referidas pelas participantes, contudo outras, como forma de enriquecer a compreensão deste contexto, são compreendidas através do seu discurso sobre a sua experiência.

O contexto em que surge a gravidez inesperada molda a forma como esta é experienciada, e, nesse sentido, é necessário compreender o contexto em que surge a gravidez para compreender a forma como se encaixa neste (Meiksin et al., 2010). Esta influência é visível através da compreensão das participantes que relataram mais do que uma gravidez inesperada, das quais, três referem ter sido diferente (Anexo F), justificando-o por estarem em momentos distintos do ciclo de vida “*(da segunda vez) foi diferente, porque estava em diferentes fases da vida. Eu, aos 16, era muito mais acompanhada, mesmo que não parecesse. (...) tinha muito mais apoio a nível financeiro e era diferente*” (Rosário, 23, Int<sup>2</sup>), e, porque aconteceram em relações, em si, diferentes “*bem, eram duas relações diferentes. (...) da primeira vez fiquei muito contente (...) no segundo caso, já fui mais pragmática*” (Gabriela, 35, Int). Esta ideia, de uma **gravidez como uma experiência única**, foi já anteriormente referida por Colman e Colman (1994), no qual os autores salientam as reações e perceção da experiência, diferentes em cada mulher, e mesmo na mesma mulher, em diferentes gravidezes. No contexto da interrupção da gravidez, Major e colaboradores (2009) encontraram, também, a experiência como tendo um carácter único, sendo esta fortemente influenciada pelo contexto, pessoal, relacional e cultural em que a gravidez e a interrupção desta gravidez ocorrem. O mesmo parece ocorrer com as experiências das participantes nesta investigação.

A gravidez inesperada surge, na amostra, em maior relevância, dez das participantes, em **relações de namoro** (Anexo F) “*ele era o meu namorado na altura. (...) era uma boa*

---

<sup>2</sup> Int: Interrompeu a gravidez inesperada

*relação, éramos amigos e ainda hoje somos*” (Bárbara, 27, Int), aparecendo, de seguida, em quatro **relações de união de facto/casamento**, sendo este contexto, segundo Monteiro, Costa-Ramalho, Ribeiro e Marques Pinto (2015), protetor da estabilidade da relação, sugerindo as autoras que a existência de um compromisso na relação permite que esta seja mais estável, em especial quando existe um casamento. Contudo, o contexto relacional onde a maioria das participantes se inseria, no momento da gravidez, é descrito como sendo, em sete mulheres, ou seja, na sua maioria, instável (Anexo F), tanto na sua relação com o parceiro *“a minha relação com a outra pessoa estava completamente ... como é que se diz? Minada.”* (Gabriela, 35 anos, Int), como, para seis entrevistadas, relativamente à independência económica *“eu e o Tiago vivíamos em casa dos nossos pais, por isso, condições não existiriam de certeza”* (Bárbara, 27, Int). Uma **relação instável** é, por alguns autores, identificada como um fator de risco para que aconteça uma gravidez inesperada (Barrett, Peacock & Victor, 1998; Guedes, Canavarro & Gameiro, 2010c), o que, nesta investigação, é observável, tendo em conta que a maioria das participantes referiu encontrar-se numa. A **relação instável** é, também, um fator de peso para a decisão de interromper a gravidez. Nesta investigação, a maioria das participantes que interromperam a gravidez, ou seja, quatro, encontravam-se em relações instáveis, e consideram que isso teve peso na sua decisão *“Por isso, acho que só teria [prosseguia] estando muito apaixonada e achando que há condições para criar a criança. Que há condições minimamente ideias, neste sentido da relação do casal. Por isso, acho que não é só paixão, eu posso estar muito apaixonada, mas, se a outra pessoa não estiver por mim e se não existir uma relação estável, eu não levava avante.”* (Patrícia, 57, Int). Barrett e colaboradores (1998) sugerem que a existência de compromisso na relação influencia a decisão, sendo que as mulheres solteiras são as que optam mais por interromper voluntariamente a gravidez. O que nos ajuda a compreender, nestas participantes, ainda que não solteiras, a falta da existência de um compromisso para a segurança de decidir prosseguir a gravidez. Contudo, três das mulheres entrevistadas estavam numa situação de instabilidade e decidiram prosseguir a gravidez, não tendo tido a estabilidade da relação a importância sugerida pelos autores, na decisão. Porém, quando as participantes assumem prosseguir com a gravidez, há um esforço para que a relação se torne mais estável, quando possível *“[Vives atualmente com o Simão e...] Sim, e com o pai dos meus filhos, aliás nós estamos a viver com os meus sogros, estamos a viver juntos porque ainda não tivemos possibilidades financeiras para termos a nossa casa. Mas, felizmente, já estamos a tratar disso, já conseguimos uma casa, só que agora, pronto, tem tido o seu sucesso.*

(...) *fui para casa dos meus sogros quando engravidei*” (Filipa, 26, Pro<sup>3</sup>), a qual pode ser caracterizada pelo avanço na etapa do ciclo de vida da família (Alarcão, 2000; Relvas, 1997).

Nestas relações, foi identificada uma forte presença da partilha do desejo de ter filhos do casal (n=9) (Anexo F) *“Bem, (...) planejar, planejar, não. Mas gostávamos estávamos apaixonados, essas conversas surgem”* (Gabriela, 35, Int), porém, este desejo era, em seis delas, na maioria, para mais tarde *“E pensávamos em ter filhos um com o outro, mas depois de eu acabar a faculdade e de arranjar trabalho”* (Filipa, 26, Pro). Dessa forma, as participantes partilham que, na sua relação, têm um plano para ter filhos partilhado, porém, consideram que ainda não estão no momento certo para o concretizar (Barrett & Wellings, 2002). Por outro lado, em quatro contextos de relações, existia apenas um **desejo unilateral** de ter filhos, não sendo partilhado por um dos parceiros *“Eu acho que sim... Mas na brincadeira, um bocado. Se calhar até era mais uma brincadeira da minha parte. Mais do que ele. O Tiago não processava muito a ideia, era assim uma coisa um bocadinho fora para ele. Portanto se calhar a resposta é não, porque não falávamos em ter filhos.”* (Bárbara, 27, Int) e, em três das mulheres que passaram por uma gravidez inesperada, **não existia um plano** de ter filhos *“Ele não queria, ele achava que ainda era muito novo, eu queria muito ter filhos e não planeámos”* (Laura, 40, Int), *“[entrevistadora: tinham pensado em ter filhos?] Não, não. Claro que não!”* (Patrícia, 57, Int). Quando o desejo é unilateral, este é posto de lado para ter em conta a ausência de desejo do parceiro, como nos salienta Zabin e colaboradores (2000) a relação entre a adaptação das intenções da mulher, e a opinião do seu parceiro. Dessa forma, pode haver influência do desejo da mulher relativo a esta gravidez, tendo em conta a opinião do seu parceiro, do seu desejo, e do que este acha melhor fazerem (prosseguir ou interromper a gravidez) (Joyce et al., 2000) o que é visível nos resultados. Quando existe um projeto de parentalidade comum, este acontece em relações de maior compromisso, no casamento, contudo, a gravidez chega de forma inesperada para duas das participantes, porque o projeto do casal já não contava com a chegada deste filho *“sim, sempre quisemos ser pais, na altura do João é que não esperávamos mesmo...”* (Donzília, 67, Pro), estas participantes já se encontravam noutra fase do ciclo de vida, não causando, a gravidez, o stress relacionado com as transições de desenvolvimento do ciclo de vida da família (Alarcão, 2000; Relvas, 1997).

O planeamento da gravidez influenciou, segundo as participantes, o stress que esta causa quando é descoberta (Ay & Piro, 2013; Bouchard, 2005; Chou et al., 2008; Delgado-Rodriguez

---

<sup>3</sup> Pro: Prosseguiu a gravidez inesperada

et al., 1997; Meiksin et al., 2010; Yanikkerem, 2013), no sentido em que, quando a gravidez não é planeada, a sua descoberta causa maior stress e, possivelmente, a adaptação à situação de gravidez e tomada de decisão são mais difíceis, tornando-se, uma gravidez inesperada sem plano de parentalidade, uma situação de maior risco psicossocial (Meiksin et al., 2010).

Este projeto integra, tendo em conta a partilha das participantes, as expetativas pessoais e desejo de maternidade. Das participantes, quatro referiram-se à **maternidade como um sonho** (Anexo F), uma expetativa relativa ao ser mulher. Contudo, das participantes que o referem, duas identificam-se totalmente com este sonho *“todas as mulheres têm a expetativa de ser mães e ter filhos. Acho que há umas que não querem ser mães, mas dá-me ideia que são poucas”* (Donzília, 67, Pro), referindo que sonham ser mães, enquanto outras duas não se identificam de todo *“Acho que há raparigas que desde pequeninas que sabem que querem ser mães. Aquela coisa de brincarem com os nenucos, nunca fui muito fã”* (Bárbara, 27, Int), estando **ausente o desejo de maternidade**. É, ainda, de referir a existência de um caso de **expetativas negativas relacionadas com a maternidade** *“Porque eu achava que ia ser péssima mãe, o pai ia ser péssimo pai...”* (Ana, 50, Pro), no sentido em que a participante sente que será uma má mãe, afastando-se assim da ideia da maternidade como um sonho. É possível identificar, ainda, expetativas relacionadas com a realização de uma interrupção voluntária da gravidez numa outra participante *“tinha muito medo de me arrepender, e de ter uma amargura para o resto da vida e de não poder voltar atrás”* (Gabriela, 35, Int), para a qual, o processo de IVG é visto de forma negativa. A existência destes sonhos ou expetativas relacionadas com a maternidade e com a IVG pode pesar na tomada de decisão. Contudo, doze, ou seja, a maioria das participantes revelou ter **desejo de maternidade antes de ter engravidado** *“há muito tempo que desejo ser mãe e achava que não conseguia”* (Mara, 18, Pro), porém, curiosamente, uma das participantes salientou a emergência do desejo de ser mãe, apenas após ter passado pela gravidez inesperada *“a verdade é que não pensava em ser mãe. (...) não me sinto arrependida...mas acho que tenho de ser mãe (...) o acontecimento despertou em mim uma faceta de mim própria que não conhecia”* (Bárbara, 27, Int), identificando o facto de ter passado pela experiência da gravidez como algo que a despertou para esse desejo. Ainda relativamente ao **desejo de maternidade**, duas mulheres revelaram ter **sentimentos confusos** relativamente a gravidezes que vivenciaram, sendo, estes sentimentos, num dos casos, contraditórios entre a ausência do desejo de ser mãe e a tristeza que sentia por não o ser *“mas eu sempre achei que não queria ser mãe (...) visto que as minhas gravidezes não foram avante... não tinha o desejo*

*por elas (...) claro que quando me davam a notícia [de ter perdido o bebê], havia aquela frustração” (Ana, 57, Pro).*

A importância de compreender o **desejo** de ser mãe e de ter aquela gravidez encontra-se relacionada com a importância deste para as respostas psicológicas da mulher (Major et al., 2009), no sentido em que, se a mulher tiver **desejo de maternidade**, a descoberta da gravidez poderá causar menos stress, do que quando a mulher não a deseja. Relativamente à referência, por parte de uma participante, do desejo de ser mãe após ter interrompido a gravidez inesperada, não foi encontrada na literatura explicação para este acontecimento. Contudo, refletindo sobre a experiência da participante, esta descreve um processo de decisão em que, o que pesou mais na sua decisão, foi o fator educacional, ou seja, o fato de, na sua família, se alguém engravidasse jovem, deveria optar por interromper a gravidez. Nesse sentido, a participante partilha que, apenas pensou sobre o que viveu quando esteve grávida depois de já ter resolvido a situação. A pressão social não a permitiu ponderar a sua decisão, sendo que isso é descrito como influenciando a sua adaptação, quando já tinha ultrapassado o momento stressante da decisão, tendo, nesse momento, emergido a sua opinião e sentimentos,

*O facto de eu ter passado por um aborto mostrou-me que nem sempre te conheces a ti própria e nem sempre o que tu achas, aquilo que te ensinaram ou aquilo que tu assumias como absoluto, de facto pode ser assim. Portanto, acho que é uma questão circunstancial ou de contexto. Se voltasse a ficar grávida e me pusesse nessa situação de abortar ou não acho que conseguiria responder a isso, mas agora não te consigo responder com muita clareza e certeza a isso. (...) Portanto, a questão de vida também. E isso se calhar, ou seja o contexto no qual fui educada e as expectativas que são postas em ti também, acho que isso também pesa. Tive uma educação muito vincada nesse sentido, por isso, isso também deve ter influenciado toda a situação. O facto de nem ter parado e ponderado “quero ter este filho ou não quero”... Nem pensas nisso, nem é um filho... Hoje em dia penso, claro. Mas na altura era “não quero esta gravidez”... Simplesmente era, lá está, era um dado adquirido. Se eu engravidasse numa altura não planeada, se fosse muito nova e não tivesse condições é óbvio que a opção é abortar, por isso acho que isso condicionou a situação toda. (Bárbara, 27, Int).*

Esta referência da participante elucida a existência da pressão social, nomeadamente, como Eale e Letherby (2002) salientam, para que a gravidez aconteça apenas em condições que o seu contexto considera ideais. Quando há pressão social ou apoio para uma decisão em específico, parece acontecer como em relação à adaptação da decisão da mulher ao que o companheiro deseja (Joyce et al., 2000). Contudo, parece existir uma relação entre esta tomada de decisão cedendo à pressão externa, e o desejo de poder ter feito as coisas de forma diferente, partilhado pelas participantes quando já ultrapassaram a fase da decisão onde a pressão social e as expectativas dos outros têm peso.

### 3.2. Processo de decisão e influência deste na adaptação

Nas experiências partilhadas pelas mulheres entrevistadas, foi possível identificar uma relação entre uma maior **estabilidade relacional** (Anexo F) “*nós já éramos casados quando qualquer uma delas nasceu (...) sempre nos demos*” (Zélia, 45, Pro), o **plano partilhado de parentalidade** na relação com o companheiro do qual surge a gravidez “*pronto, nós tínhamos uma ótima relação, nós até já ponderávamos ter filhos, um com o outro*” (Filipa, 26, Pro), e o **funcionamento destes enquanto casal**, ou seja, a decisão de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada tomada em conjunto “*conversámos, chegámos os dois à conclusão de que ainda não estávamos preparados, não nos conhecíamos assim tão bem*” (Gabriela, 35, Int). É, ainda, possível fazer uma ligação deste **contexto relacional** com um maior **apoio** do companheiro (Anexo G) pela mulher grávida, no momento de decidir que caminho tomar “*o meu namorado, pai do meu filho, apoiou-me incondicionalmente (...) não decidi sozinha (...) nós conversámos e chegámos à conclusão de que vamos avançar os dois*” (Filipa, 26, Pro), assim como a presença deste **apoio após a decisão**, sendo que as participantes referem que ter apoio por parte do companheiro teve um papel importante no momento de lidar com a decisão tomada “*o facto de ter o apoio do Nelson também ajudou. (...) ambos queríamos ter este filho (...) o facto de sentir que ele queria o mesmo e que me apoiava nisto foi fundamental*” (Teresa, 24, Pro). Neste sentido, é possível encontrar um padrão na ligação entre as quatro categorias, nomeadamente, a **estabilidade da relação**, o **plano partilhado de parentalidade**, o **funcionamento enquanto casal**, no qual existe uma **decisão conjunta**, e o **apoio** recebido por parte do companheiro que, interligadas, parecem proteger a mulher na decisão e adaptação a esta encontrado em cinco das participantes.

É importante compreender como é o contexto onde surgem estas gravidezes inesperadas, no sentido em que este influencia a ansiedade que é vivida frente a uma gravidez

inesperada (Reading, 1983), assim como o processo de adaptação que lhe segue (Chou et al., 2008; Jorgensen, 1993; Meiksin e al., 2010; Portelinha, 2003), relativo ao qual, os autores já salientavam a importância do desejo, do apoio, do tipo de relação que a mulher tem com o companheiro, a estabilidade e a qualidade desta, e com a sua rede, da qual, nesta investigação, se compreende como mais relevante a família. Também Ribeiro (1996), sugere a importância da capacidade do casal de tomar decisões em conjunto, partilhar os seus projetos e comunicar entre eles os seus desejos e necessidades, contribuindo estas capacidades para a estabilidade e bem-estar na relação, assim como é referido pelas participantes.

Contudo, quando a **decisão não é conjunta**, o que acontece em seis das participantes, apesar de acontecer, na maioria, em relações instáveis, esta é influenciada por outros acontecimentos, como foi possível observar em seis dos casos (Anexo I), a existência de uma **reação surpresa por parte do companheiro**, reagindo este à notícia da gravidez de uma forma que a mulher não estava à espera, nos seis casos, **uma reação de rejeição** “*eu esperava uma reação de alegria e de excitação, e a reação foi isso, foi contrária quase. O que foi um choque para mim.*” (Gabriela, 35, Int). Esta reação surpresa pode ser vista pela mulher como **pressão social**, sendo sentida como pressionando a mulher com uma opinião não negociável “*o Pedro na altura achava que, se calhar, o filho nem era dele (...) foi extremamente desagradável. Ele queria que eu abortasse e tivemos uma grande discussão*” (Rosário, 24, Int), levando-a a ponderar outra opção que não a que desejava, podendo fazê-la, como acontece em três casos, sentir-se obrigada a tomar uma **decisão contra a sua vontade**, ou seja, indo contra as suas crenças ou desejos “*acho que nem foram as minhas decisões que pesaram mais, mas sim as decisões dos outros, do meu pai e do meu namorado da altura. Mas acho que foram as vontades deles que mais peso tiveram*” (Rosário, 24, Int), e fazendo-a sentir menos **apoio por parte do companheiro**, o que a pode levar a decidir de acordo com este, ou, como acontece em cinco casos, a **decidir sozinha** “*ele disse para tirar, só que eu disse que não ia tirar, como é óbvio. (...) desde o início que lhe disse que, se algum dia acontecesse, estivéssemos juntos ou não, nunca a ia tirar*” (Mara, 18, Pro), indo contra a pressão social e pondo em primeiro lugar as suas crenças e desejos.

A pressão sobre a decisão de prosseguir ou não a gravidez inesperada surge, não apenas relativamente ao companheiro, como a outras fontes de **pressão externa** à relação, como a família, na qual, curiosamente, sobressai, como é visível em quatro situações, a **postura do pai** (Anexo I) como oponente, “*o meu pai não aceitou muito bem a gravidez (...) ele dizia que achava que eu nunca ia acabar a faculdade*” (Filipa, 26, Pro), sendo esta **reação preocupada**



**do pai da grávida** referida relativamente ao alerta para as responsabilidades de assumir o papel de mãe que este teve. Esta pressão externa pode, também, surgir de um nível mais macro, a qual se refere mais à decisão de IVG, sendo referida a crença da **IVG como algo errado**, que pode surgir, *segundo as participantes, como proveniente* da cultura e religião, em quatro casos, “*Portanto, achar que isso [IVG] seria um crime, e que seria punida por isso*” (Ana, 57, Pro), ou de forma individual, sendo referida em três casos, como crenças pessoais de que **nunca faria uma IVG** “*Mesmo numa coisa que eu tinha a certeza absoluta. Eu nunca iria fazer um aborto. Claro que não! Jamais!*” (Gabriela, 35, Int).

Sendo, o processo de decisão, um momento que, segundo Guedes e colaboradoras (2010b) é fonte de muita ansiedade, e influenciado por motivações económicas, desenvolvimentais e interpessoais, este é um processo emocionalmente exigente. Nas experiências das participantes, é possível ver a identificação da influência, já referida por Conde e Figueiredo (2003) dos stressores que pesam na decisão, como a rede de suporte e familiar, e outros fatores biopsicossociais, aos quais Figueiredo e colaboradores (2006) inclui a **relação com o companheiro** e a influência desta na adaptação. Quando o casal tem uma boa capacidade de resolução de problemas (Cox et al., 1999), este é capaz de tomar a **decisão em conjunto, funcionando como casal**, o que permite, desta forma, uma melhor adaptação. Na experiência das participantes, estas identificam a influência que a capacidade de os membros da relação funcionarem como casal tem na reação à gravidez inesperada, na decisão e na adaptação após a decisão.

A existência de **pressão social**, pode ser sentida como **falta de apoio**, caso a mulher não se ceda a esta pressão na decisão que toma. Surge, nesta investigação, um padrão da **postura do pai** da mulher grávida como o que mais exerce esta pressão, no sentido em que alerta a mulher para as responsabilidades de assumir a gravidez inesperada. Este papel parece identificar-se com o papel tradicional do pai na família, o qual tem o papel de assumir as responsabilidades do que acontece na sua casa (Doucet, 2013), cabendo à mãe, como já referido anteriormente no papel fulcral que esta tem de apoio, encarregar-se da parte emocional (Doucet, 2013; Miller, 2011). Este resultado é novo na literatura e necessita de investigações futuras para que seja melhor compreendido. Relativamente à **pressão social** para a mulher decidir algo que não é a sua primeira opção, tendo em conta os dados de Joyce e colaboradores (2000) e de Zabin e colaboradores (2000) sobre a adaptação das intenções da mulher quanto à gravidez, dependendo da opinião do seu parceiro, podemos ver, nos resultados, a alteração das intenções quanto à gravidez influenciadas pela **reação rejeitante do parceiro** ou, também, tendo em

conta a **pressão familiar**, independente das crenças pessoais ou desejos da mulher. Quando há **falta de apoio** para prosseguir com a gravidez, é referida uma tendência mais forte para que a mulher decida interrompê-la (Faúndes & Barzzelatto, 2004), facto que é comprovado na maioria da amostra, sete participantes, da investigação, contudo, em dois dos casos, as participantes decidiram sozinhas e referem ter ignorado a pressão social, numa delas para prosseguir, e na outra para interromper. Isto pode ser explicado pelos resultados da investigação de Cozzareli e colaboradores (1998), na qual, mulheres mais seguras são capazes de decidir e de se adaptar melhor.

O **apoio**, tanto **na decisão**, como **no pós-decisão**, surge dos dados como um dos fatores de forte presença identificado por todas as participantes (N=13), nas experiências de gravidez inesperada. Salientando-se, inesperadamente e, referido por onze das participantes, o **apoio familiar**, no qual é mencionado o sentimento de que a família se mostra disponível para ajudar *“Tive sempre o apoio dos meus pais em termos de filhos. Sempre notei isso em nós a nível de família, sempre houve apoio. (...) havia sempre ali aquele apoio”* (Zélia, 45, Pro), às outras fontes de apoio, como o companheiro e a rede social. No **apoio familiar**, destaca-se, de acordo com a literatura já existente, o **apoio da mãe** (Anexo H), descrito, por quatro das participantes, como incondicional, um papel de apoio para qualquer decisão *“fartei-me de chorar e a minha mãe... houve uma altura em que ela disse – Gabriela, se não quiseses abortar, eu vou-te apoiar, não faças nada contra a tua vontade –.”* (Gabriela, 35, Int), *“Eu tinha o apoio incondicional da minha mãe, ela disse – Filipa, tu vê lá o que é que achas melhor para ti. Eu apoio-te tanto se for para tirar como se for para teres (...) faz o que achares melhor-.”* (Filipa, 26, Pro), o qual mostra ter grande impacto nas mulheres entrevistadas.

A **falta de apoio** surge, também, com fortemente referida no processo de decisão, por oito das participantes (Anexo G). Em especial, identificada por quatro mulheres entrevistadas, a **falta de apoio do companheiro**, a perceção de que este não apoiava o que as participantes desejavam *“Falar com o pai e não sentir o apoio do pai, sentir que eu estava sozinha neste processo, pelos valores que eu tinha, de ser uma coisa em família, não me imaginava a ser mãe só”* (Laura, 40, Int), mas também, salientado por quatro participantes, **a falta do apoio da família**, o qual é referido como impedindo que a participante decida o que deseja *“não tinha condições financeiras nem uma estrutura que me permitisse criar uma família”* (Rosário, 23, Int). Nesse sentido, a falta do apoio do companheiro e da família é referido como tendo levado à ponderação de possibilidades não antes ponderadas *“[se o Carlos quisesse, a gravidez ia avante?] Não sei, sinceramente (...) eu sei que, emocionalmente, eu queria”* (Patrícia, 57, Int).

A percepção de apoio social influencia o impacto que a gravidez inesperada terá (Coleman & Coleman, 1994), podendo ser, a rede de suporte, fonte de ansiedade acrescida (Conde & Figueiredo, 2003) quando a mulher sente falta deste apoio ou quando este vai contra a sua vontade, sendo possível observar, nas experiências partilhadas pelas participantes, esta influência.

Relativamente ao papel da mãe como fonte de grande apoio, os resultados vão de encontro aos apresentados por Figueiredo e colaboradoras (2006), referindo que, muitas mulheres grávidas referem a sua mãe como a pessoa mais significativa. Para além do papel que esta tem durante a gravidez, na qual a grávida faz um balanço da sua relação com ela (Canavarro, 2001; Colman & Colman, 1994). Este papel encontra-se também associado ao papel tradicional da mãe, de se encarregar da parte emocional da família (Doucet, 2013; Miller, 2011), assumindo o seu papel através do apoio incondicional ao stress que a gravidez inesperada traz à vida das suas filhas, sendo, como foi referido pelas participantes, uma fonte de apoio importante e determinante da decisão e da adaptação a esta.

### **3.3. Fatores de Proteção e de Risco para a Adaptação**

Para compreender que fatores referidos pelas mulheres terão influenciado a sua adaptação, foi aplicada a Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985), cujos resultados variam entre extremamente insatisfeita e extremamente satisfeita (Anexo E). Esta Escala permitiu identificar quais os fatores, que, segundo as participantes, pesaram na decisão e no pós-decisão, podem ter influenciado, com maior peso, a adaptação a estas. Esta compreensão dos fatores através da escala possibilitou a categorização destes como de proteção, ou de risco para a adaptação. Contudo, esta organização depende, em grande parte, do efeito que o fator tem no seu contexto, sendo que o mesmo fator pode ser categorizado como de proteção e de risco.

Os fatores de proteção (Anexo H) foram identificados segundo a sua forte presença nas experiências das participantes mais satisfeitas com a vida (ligeiramente satisfeita, satisfeita e extremamente satisfeita), segundo os resultados da referida Escala (Anexo J) e, também, a referência destes por parte das participantes, como tendo contribuído de forma positiva para o seu bem-estar na decisão e após esta.

Curiosamente, é possível identificar um padrão de existência de mais **apoio no pós-decisão**, o que parece proteger a mulher na sua adaptação à crise gerada pela gravidez inesperada e necessidade de tomar uma decisão, sendo a fonte deste **apoio**, maioritariamente,

referido por oito das participantes, **a família**, como fonte de segurança para enfrentar a situação *“Recebo muito apoio. Da minha família e da família dele, (...) também me dou bem com os primos dele e com a irmã, com o cunhado. Nessa parte sim, tenho muito apoio da família”* (Jéssica, 17, Pro), incluindo familiares que anteriormente, no momento da decisão, tinham sido fonte de pressão social, após a decisão, são referidos como regressando à vida das participantes como fontes de apoio, permitindo que estas se sintam mais apoiadas com a decisão tomada *“Como fomos contra aquilo que ele me disse [pai], tanto foi motivo para ele nunca ter perguntado, durante a gravidez toda, como é que eu estava (...) portanto, ficou com o orgulho ferido. Mas pronto, hoje é um avô babado”*. (Filipa, 26, Pro). Apesar não terem sido encontradas referências relacionadas com as diferenças de género e o apoio dado à filha ao enfrentar uma gravidez inesperada, parece ser possível estabelecer um paralelismo entre o apoio recebido pela mãe, a qual já viveu uma gravidez e é capaz de compreender aquilo que a filha sente, e o papel do companheiro, que pode demorar mais ou ter mais dificuldades em aceitar a gravidez por não sentir o mesmo que sente, física e emocionalmente, a mulher grávida (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994), com o papel do pai da mulher grávida, o qual compreende melhor a situação quando, no caso da participante citada anteriormente, vê o neto, anteriormente um conceito abstrato escondido no interior da sua filha. Neste sentido, torna-se necessário, em estudos futuros, compreender os papéis dos pais das mulheres grávidas, quer prossigam ou interrompam a gravidez.

O **apoio durante a tomada de decisão** (Anexo H) é, também, referido pela maioria das participantes, oito como estando presente e permitindo aumentar a segurança na decisão *“mas depois, a partir do momento em que falei com ele, e ele disse para eu não o fazer [IVG], porque tinha o apoio dele e dos pais... ahhh... já me senti mais segura. Então... avancei.”* (Jéssica, 17, Pro). Neste sentido, este apoio é referido como tendo peso, na decisão em si, assim como o papel de proteger a mulher do stress da tomada de decisão, *“Então, fartei-me de chorar e a minha mãe... houve uma altura em que ela disse – Gabriela, se não quiseses abortar, eu vou-te apoiar, não faças nada contra a tua vontade-.”* (Gabriela, 35, Int). A sua existência, é identificada como permitindo uma segurança que as protege na adaptação à decisão que tomada, vindo este tanto do companheiro, como da família.

Esta alteração no **apoio na decisão** para o pós-decisão, pode ser explicado pela potencial diminuição da tensão da decisão quando esta já está tomada, aliviando a tensão que poderá ter existido entre os membros da família (Lavee, McCubbin & Olson, 1987), ao descobrir como lidar com a gravidez inesperada

O **apoio** é, como já identificado, um dos fatores referido com maior peso, permitindo, quando existente, uma melhor adaptação e uma diminuição do stress vivido na decisão e pós-decisão (Chou et al., 2008). Jorgensen (1993) identifica a qualidade do apoio como influenciador da adaptação e Major e colaboradores (1990) salientam a importância deste enquanto protetor para a adaptação pós-IVG. Nos resultados é possível observar a existência do apoio como fator protetor para a adaptação. Major e colaboradores (1990) sugerem, ainda, a importância deste apoio já existir antes da decisão, o que acontece na maioria das mulheres. Contudo, na amostra, a maioria das mulheres que abortaram (3 de 5) não sentiu este apoio antes da decisão, o que pode estar de acordo com Faúndes e Barzelatto (2004), quando referem que, a falta de apoio pode levar as mulheres a optar pela IVG, pois essas 3 mulheres tinham desejo de maternidade anterior à gravidez e pesaram, na sua decisão, a falta de apoio por parte do companheiro.

Tendo em conta que a procura de apoio pode ser usada como uma estratégia de *coping* (Guedes et al., 2010b; Lazarus & Folkman, 1984), a existência deste permite que a mulher receba apoio que a permita diminuir o stress que a situação de decisão e pós decisão podem causar, salientando-se, nos resultados, a procura do apoio da mãe, e, em seguida, do companheiro. Stapleton e colaboradores (2012) salienta o companheiro como uma fonte de apoio significativa, observável, também, na amostra estudada, quando a relação com o companheiro se mantém.

A relação, já anteriormente referida, entre a **estabilidade da relação**, a existência de um **plano partilhado de parentalidade** anterior à gravidez, com o **funcionamento enquanto casal**, tomando a **decisão em conjunto**, a existência de mais **apoio na decisão** e **apoio no pós-decisão**, permite assim que se mantenha **uma boa relação**, mantendo-se o casal, em quatro casos, **junto**, organizando-se enquanto família (Anexo H) “*O Luís também foi connosco, preocupou-se com o bebé. Ele também foi um pai muito presente nesses momentos, eu gostei muito*” (Carla, 19, Pro), ou, em duas das participantes, **separando-se**, surgindo dificuldades em manter este **funcionamento enquanto casal** após terem decidido “[*atualmente, que relação tens com ele?*] (...) *é boa, se conseguirmos ultrapassar as discussões, em geral, damo-nos bem. [as decisões são em conjunto?] sim, isso sempre*” (Teresa, 24, Pro). Curiosamente, quando a **relação é instável**, ou quando, no processo de decisão, há uma **discórdia**, o **afastamento** aparece como fator protetor, “*o primeiro foi muito complicado, porque a pessoa entrou em pânico. (...) uma incapacidade, um bocado uma frieza, um comportamento muito estranho, que me fez, depois, também, acabar a relação*” (Gabriela, 35, Int), como forma de proteger a mulher

do stress adicional trazido pelas dificuldades na decisão, referindo-se a estas separações como tendo potenciando a sua melhor adaptação.

A ansiedade vivida nesta fase é referida como fortemente influenciada pelo contexto em que a gravidez surge (Coleman & Coleman, 1994), e nesse sentido, torna-se necessário conhecer o contexto para compreender se este é um fator de risco, ou de proteção, para a adaptação da mulher (Rini et al., 1999). Nesta investigação, foram encontrados padrões que fortalecem a preocupação, já existente, com o contexto, e com a forma como é necessário identificar neste o que pode ser fator de risco e de proteção para que seja possível compreender a forma como este pode influenciar a adaptação da mulher que enfrentou uma gravidez inesperada. Figueiredo e colaboradores (2006) identificam, a importância da qualidade da relação para a adaptação, o que, mesmo em situações de separação, é identificado através das partilhas das participantes sobre a forma como esta qualidade pode afetar a decisão e a adaptação da mulher ao pós-decisão.

Protegendo, também, a mulher na sua adaptação está a referência, por parte das participantes, da forma como, se pudessem voltar atrás, faria as coisas (Anexo H). Ou seja, quando as participantes nos dizem que **fariam as coisas da mesma forma**, voltando a decidir da mesma forma se fosse agora, *“tinha decidido exatamente a mesma coisa, mesmo que depois não fosse por causa daquilo que fiz [tratamentos]. Se me tivessem dito que havia o risco de ter problema, eu acho que a minha decisão tinha sido a mesma”* (Zélia, 45, Pro), estas afirmações podem ser indicativas de que estão bem com a decisão que tomaram, quatro das quais prosseguiram, e três interromperam a gravidez inesperada, sendo observável, quando cruzando as participantes que afirmam voltar a decidir da mesma forma com os resultados na Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985), na maioria, cinco participantes, de satisfeitas, uma participante ligeiramente satisfeita e uma extremamente satisfeita com a vida. No caso das participantes que afirmam que, se voltassem atrás, **decidiram da mesma forma**, contudo, que referem ter ido contra o seu desejo inicial no momento da decisão, é possível compreender, no seu discurso, o **uso de estratégia de coping de reenquadramento** da situação *“na altura, magoou-me o meu primeiro namorado, a forma como ele reagiu, eu lá está, julguei, que aquilo era um desequilíbrio e que... o que me fez gostar menos dele mas, olhando para trás, penso que ele teve uma decisão muito sábia. Porque, apesar de ter sido uma decisão com muito nervosismo e ansiedade, no fundo foi uma decisão muito sábia porque... teria sido um erro muito grande... muito grande... e não é fácil aceitar isso quando uma pessoa está grávida e apaixonada...”* (Gabriela, 35, Int), refletindo dessa

forma nos ganhos que tiveram com a decisão que tomaram, e valorizando as opiniões que, outrora, sentiram como **pressão social**. Nesse sentido, partilham encontrar-se, no pós-decisão, bem com a decisão final tomada.

O **uso da estratégia de reenquadramento**, já referido por Major e colaboradores (1998), ajuda as mulheres a avaliarem a situação como menos stressante, e, dessa forma, a adaptarem-se melhor a ela. Neste sentido, esta estratégia permite, à mulher, entrar em acordo com a decisão que tomou e com a sua nova realidade, protegendo-a na sua adaptação à nova situação (Figueiredo et al., 2006). Dessa forma, o uso de coping de reenquadramento permite aumentar o bem-estar na mulher, e diminuir assim a tensão na família (Lavee, McCubbin & Olson, 1987). De acordo com esta investigação, nas participantes que revelaram, de certa forma, utilizar estratégias de *coping* de reenquadramento, houve uma associação com maior satisfação com a vida ou seja, maior bem-estar, mesmo quando a mulher tinha decidido contra a sua vontade.

Relativamente às crenças, os fatores referidos na no Anexo H são as crenças da mulher cuja decisão é coerente com as suas crenças. Quando a **decisão tomada vai de acordo com as crenças e desejos** da mulher e do casal (Anexo H) este é referido como um fator de proteção para a adaptação posterior, no sentido em que não entrou em conflito consigo própria, o que poderia acontecer, potencialmente, quando a decisão está em desacordo com aquilo que defende ou acredita. Por exemplo, quando a mulher é **contra a IVG**, se decide prosseguir, não entrará em conflito com a sua crença *“Depois, a religião, também teve peso. Sabe, nós [Católicos] pensamos de outra maneira, pronto... e, pessoalmente, eu e o meu marido, somos contra o aborto, por isso nunca nos passou pela cabeça não ter o Diogo”* (Donzília, 67, Pro). Contudo, **decidir a favor da pressão social**, pode, de certa forma, proteger a adaptação da mulher. No sentido em que, quando a decisão vai de acordo a pessoas relevantes, mesmo que seja contrária à sua, estas pessoas se mantêm como fontes de **apoio no pós-decisão** *“emocionalmente eu queria [a gravidez]. (...) depois, digo-lhe e ele imediatamente diz que não, porque as coisas estão muito mal, e depois, a seguir, ei reconheço-o...”* (Patrícia, 57, Int); *“do meu pai e do meu namorado da altura, acho que foram as vontades deles que mais peso tiveram. (...) [o Pedro reagiu bem à tua decisão?] sim, era aquilo que ele queria”* (Rosário, 23, Int), permitindo que a mulher se sinta apoiada e segura com a decisão tomada.

Por outro lado, quando a decisão é tomada **contra a pressão externa**, a **aceitação por parte desta rede** é referida como um fator protetor, no sentido em que permite que volte a

existir apoio não sentido na decisão *“mas depois, correu tudo muito bem (...) foi bem aceite.”* (Zélia, 45, Pro), explicação que pode ajudar a compreender o aumento do apoio (Anexo G) no pós-decisão, quando quem mostrava uma opinião contra a que a mulher queria decidir, aceita a decisão tomada por esta.

A decisão coerente com as crenças da mulher é um fator protetor para a adaptação à sua decisão (Eisen & Zelman, 1984). Os resultados desta investigação estão de acordo com esta possível influência das crenças pessoais no bem-estar com a decisão.

Para compreender os fatores de risco para a adaptação das participantes (Anexo I), foram tidos em conta os resultados na Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985) de extremamente insatisfeita, ligeiramente satisfeita e satisfeita, no sentido de identificar o que poderia estar a impedi-las de sentir maior satisfação (Anexo L). Foram também compreendidos fatores referenciados pelas participantes como tendo tido um efeito negativo na sua experiência e adaptação. No Anexo I é possível ver apenas os fatores que, tendo em conta as situações em que estão presentes, são identificados como de risco, por exemplo, no desejo de maternidade, apenas estão identificadas cinco referências, pois são nessas que o desejo de maternidade é identificado como fator de risco para a adaptação.

Com forte impacto, referido por quase todas as mulheres entrevistadas (12), é possível identificar o **plano partilhado de parentalidade** pelo casal. Contudo, para seis das participantes, existe um plano comum para ter filhos, porém, estas partilham que **não agora**, mas sim para o futuro. Nestes casos, não está planeado que os filhos cheguem agora à vida do casal (Anexo I) *“e pensávamos já ter filhos um com o outro, mas era só depois de eu acabar a faculdade e de arranjar um trabalho. E, posteriormente, termos uma casa (...) aí sim, quer dizer, era totalmente diferente”* (Filipa, 26, Pro) referindo então, as participantes, que esta situação dificulta a decisão e, posteriormente a adaptação à nova situação, a qual o casal não esperava tão brevemente. Como Barrett e Wellings (2002) salientam que uma gravidez inesperada pode ser desejada pelo casal, contudo, o momento em que acontece não é, na perspetiva do casal, o ideal, sendo, a gravidez inesperada, fonte de maior stress.

Quando o **projeto é unilateral** (Anexo I), ou seja, apenas um membro do casal tem nos seus planos um filho, é referido como fator de risco para a adaptação, no sentido em que o casal tem de conciliar os planos de ambos para decidir, podendo a mulher ir contra a sua vontade na decisão final *“ele não queria, ele achava que ainda era muito novo. Eu queria muito ter filhos e não planeámos, essa primeira gravidez não foi planeada”* (Laura, 40, Int). O facto de, ao



descobrir a gravidez, ser referida uma **reação surpresa**, por parte do companheiro ou da família, que **rejeita a situação**, esta reação é, também, identificada como fator de risco para a adaptação à decisão, pois desta resulta, na maioria das participantes, em incluir na sua ponderação do que decidir esta mesma reação, o que as participantes identificam como, por vezes, tê-las feito decidir contra o seu desejo *“Foi muito complicado, porque a pessoa entrou em pânico. (...) eu esperava uma reação de alegria e de excitação e foi isso, foi contrária, quase. O que foi um choque para mim. Ele fazia sempre coisas do género... ao mesmo tempo que dizia que não estava preparado para ser pai, trazia-me revistas de gravidez...”* (Gabriela, 35, Int). A **reação surpresa**, assim como a dificuldade em conjugar os planos de parentalidade do casal, pode levar a que a mulher decida sozinha, o que, em termos relacionais, se pode tornar num fator de risco para a adaptação, pois pode vir a sentir-se menos apoiada, levando algumas das mulheres entrevistadas referir ter sentido que deveria ter tomado essa **decisão de forma diferente** *“porque ele disse – estás grávida? Eu quero muito esse bebé! – e quando ele disse aquilo, eu usei isso para me vingar, e foi a coisa mais horrível que eu fiz na minha vida, eu achei que tinha o direito de ter uma família e não ia aceitar aquela condição, eu disse não, e decidi sozinha.”* (Laura, 40, Int) referindo, posteriormente, ter ponderado aquilo que no momento da decisão a influenciou. Também, a existência de **mudanças na relação** (Anexo I) pode ser um fator de risco, no sentido em que, na perceção das participantes, acrescenta novos stressores ao processo de decisão e adaptação a esta, em especial quando há uma **separação** *“e então, acabámos e foi quando as coisas descambaram mais.”* (Rosário, 23, Int), quando a qual é identificada como tendo dificultado a adaptação à nova situação de pós decisão.

Quando há **mudanças na relação**, em especial, uma **separação** ou o surgimento de um ambiente de conflito, esta pode tornar-se, segundo as participantes, um potencial fator de risco para a adaptação pós-decisão (Kimport, 2012), pois é referida a influência destes fatores no contexto, podendo torná-lo instável, ou aumentar a instabilidade já vivida neste, tendo sido já discutido anteriormente o risco do contexto instável na adaptação.

A dificuldade no balanço do casal conjugal e parental emerge, nos resultados, não de forma evidente, mas sendo referido como um fator de risco para a adaptação da mulher que, decide prosseguir com a gravidez *“Mas eu acho que, até o próprio casal, acaba por... a relação estagnar um bocadinho. Chega ali a um ponto que não evolui, chega a haver um distanciamento entre o casal porque, acabamos por viver só para eles, para a criança em si, e deixamos de ter tempo para nós os dois”* (Filipa, 26, Pro), sendo estas dificuldades percecionadas como tendo, também, influenciado a relação do casal, dificultando-a.

De acordo com Canavarro (2001), uma das tarefas principais da transição para a parentalidade é, conseguir adquirir as funções de casal parental, sem deixar o casal conjugal para trás. A coexistência destes subsistemas é difícil, pois é necessário assumir funções em ambos os subsistemas e conseguir conciliá-las (Alarcão, 2000). Nas participantes que prosseguiram com a gravidez, é encontrada essa dificuldade, fator que dificulta a adaptação da mulher pois é fonte de mais ansiedade do que a já existente no pós-decisão. Este resultado merece atenção futura, para que se compreenda que fatores de risco e de proteção são importantes para a conciliação dos subsistemas. Como, segundo Rini e colaboradores (2006), a qualidade da relação, a proximidade entre o casal, o sentimento de igualdade do cumprimento das funções que surgem com a transição do estágio do ciclo de vida.

A **pressão social** (Anexo I) é percebida pelas participantes como um fator que dificulta a decisão, incluindo nesta, hipóteses que a mulher não deseja e impedindo-a de fazer o que pretende. Como fatores de risco emergentes da **pressão social**, é possível identificar a **pressão contra a IVG**, quando a mulher refere não desejar prosseguir com a gravidez contudo salienta sentir que, se decidir por interrompê-la, isso será errado, sentido que isso a pressiona a decidir contra a sua opção *“[e que fatores é que tiveram mais peso nessa decisão de prosseguir?] é a minha crença em Deus e... não só... as regras da Igreja Católica, como também eu achar, lá está, sou uma pessoa com muitos medos e, portanto, achar que isso seria um crime, e que eu iria ser punida por isso... no outro mundo, não é?”* (Ana, 57, Interromper). O mesmo acontece, caso o desejo referido pela mulher é o de prosseguir, ou não saiba bem o que quer, e esta refere a existência de pressão para que decida interromper a gravidez *“Simplesmente, lá está, era um dado adquirido. Se eu engravidasse, numa altura não planeada, se fosse muito nova e não tivesse condições, é obvio que a opção era abortar, por isso, acho que isso condicionou a situação toda”* (Bárbara, 27, Int).

Relativamente às crenças pessoais, uma ideologia contra a IVG é identificada, por Noya e Leal (1998b) como um fator de risco para a adaptação, especialmente quando a mulher decide, por pressão social, interromper a gravidez, o que é observável nesta investigação. Contudo, é também observável que prosseguir com a gravidez e fazê-lo por pressão externa é, também, um fator de risco, como nos sugere Adler (1990) e Major e colaboradores (2009). Quando a mulher decide interromper a gravidez e tem crenças contra a IVG, ir contra as suas crenças pode tornar-se um fator de risco para a sua adaptação à decisão tomada (Eisen & Zelman, 1984), o que é observável nas participantes, quando referem ter tomado a decisão cedendo à pressão externa, influenciando assim o seu bem-estar no pós-decisão relativo a opção que tomaram.

A **falta de apoio** (Anexo I) é percebida como tendo, também, um caráter de risco para a adaptação. Sem apoio, as participantes referem sentir-se menos amparadas para lidar com as consequências da decisão, podendo ser esta **falta de apoio** mais marcada quando é identificada como proveniente de uma **decisão em conjunto** “*eu já não tinha força e o meu marido estava-se a borrifar, então saía do trabalho as 4h e não me aparecia em casa. Quando ele aparecia, eu já estava completamente a cair para o lado [por cuidar do filho]*” (Ana, 50, Pro). Nesse sentido, quando a decisão é tomada em conjunto, é percebida como tendo maior segurança. Quando, após a decisão, as participantes referem sentir esta **falta de apoio por parte do companheiro**, que as apoiou no momento da decisão, esta é identificada como não sendo esperada, e como aumentando o stress vivido no pós-decisão.

Pelo contrário ao fator de proteção de que faria as coisas da mesma forma, está a partilha, por seis das participantes, do desejo de poder, caso voltassem atrás, **fazer as coisas de forma diferente** (Anexo I), tendo estas, na sua maioria, cinco, interrompido a gravidez e partilhado o desejo de, ao poder ponderar novamente, repensado melhor e, na sua maioria, quatro, prosseguido “*Tenho a certeza que, se voltasse atrás e soubesse o que sei hoje, tinha-me lixado para o Pedro e tinha tido a criança*” (Rosário, 23, Int). Fazendo a ponte entre os resultados da Escala de Satisfação com a Vida, no qual, uma das mulheres entrevistadas que referiu que faria diferente, se revela extremamente insatisfeita e duas ligeiramente satisfeitas. Apesar de três delas se revelarem satisfeitas, este pode ser um dos fatores que faz com que não se sintam completamente satisfeitas com a decisão que tomaram, de prosseguir ou interromper a gravidez, e com a sua vida atual. No sentido da dificuldade de se adaptar a uma decisão que agora as participantes referem pensar que poderiam ter feito de outra forma, surge um resultado que emergiu na conversa com a maioria das participantes que realizaram uma IVG (4 das 5 entrevistadas), o deste como um processo duro “*Achei que não, que não ia ser duro e foi. Por isso é que acho que tive este processo todo, muito a posteriori.*” (Bárbara, 27, Int), fator que surge após a decisão, quando estas mulheres tentam adaptar-se ao seu novo contexto, encontrando a adaptação mais difícil do que esperavam.

Leal (2001) refere-se, também, à influência da falta de apoio na adaptação à IVG, sendo que, menos apoio dificulta esta adaptação. As pessoas significativas têm, no processo de IVG, uma grande influência, sendo que falta de apoio ou dificuldades na relação com a rede de apoio, causadas pela situação de IVG, podem dificultar a adaptação à decisão tomada (Kimport, 2012). Os resultados comprovam esta influência, para as participantes que interromperam a gravidez, assim como acontecer para as participantes que prosseguiram, tendo em conta a importância do

apoio na gravidez (Canavarro, 2001; Coleman & Coleman, 1994; Rini et al, 2006; Stapleton et al., 2012).

Segundo Major e colaboradores (1990), expectativas positivas relacionadas com o processo de IVG estão relacionadas com crenças de maior autoeficácia para lidar com este processo e, conseqüentemente, com maior adaptação. Também Leal (2001) nos refere a influência das expectativas negativas relativas à IVG e as suas conseqüências negativas na adaptação a esta. Contudo, nesta investigação, podemos observar como as expectativas relacionadas com o processo de IVG, neste caso, a percepção de que este não seria difícil, fez com que a participante se preparasse de forma desadequada ao que viria a enfrentar. Rue e colaboradores (2004), associam o uso de estratégias menos adaptativas a uma pior adaptação ao contexto pós-decisão, o que pode explicar a maior dificuldade em adaptar-se quando a percepção do potencial stressor, neste caso a IVG, não alerta para a necessidade de usar estratégias para lidar com ele mais “fortes”, sendo depois surpreendida com mais stress do que aquele que esperava.

Quando existe ambivalência, decida a mulher por prosseguir (Reading, 1983) ou interromper (Leal, 2001), a adaptação a esta decisão é mais difícil. Prosseguir com uma gravidez quando não se está segura da decisão é um fator de risco para a adaptação, apresentando estas grávidas maior instabilidade emocional (Reading, 1983). Tendo apenas um caso de uma mulher que decidiu prosseguir sem ter desejo de maternidade, é possível verificar, apenas, nessa situação, que a gravidez foi muito conturbada e que essa incerteza quanto à decisão, tomada por pressão social, foi um fator de risco para a adaptação à decisão. Neste sentido, torna-se pertinente falar da necessidade de compreender o desejo da gravidez na determinação das respostas psicológicas à decisão (Major et al., 2009). Nas experiências partilhadas pelas mulheres entrevistadas, é possível compreender a influência deste desejo, quando existente, na adaptação a uma interrupção da gravidez, sendo que, a existência de desejo se torna um potencial fator de risco para a adaptação de um contexto pós-decisão em que a mulher decidiu interromper a gravidez. Tal pode levar a mulher a desejar ter decidido de outra forma, agora que já está fora da pressão, seja do companheiro, da família ou social, que viveu durante a decisão. Quanto menos segura a mulher se sentir com a decisão que tomou, mais difícil será a sua adaptação (Adler et al., 1990) o que está de acordo com a situação encontrada das participantes que, se pudessem, decidiriam de maneira diferente. Adler e colaboradores (1990) referem, ainda, como maiores influenciadores da adaptação à decisão de IVG, o desejo

desta gravidez, a falta de apoio, e a relação insegura e conflituosa com o companheiro, fatores de risco encontrados nesta investigação.

#### 4. Conclusão

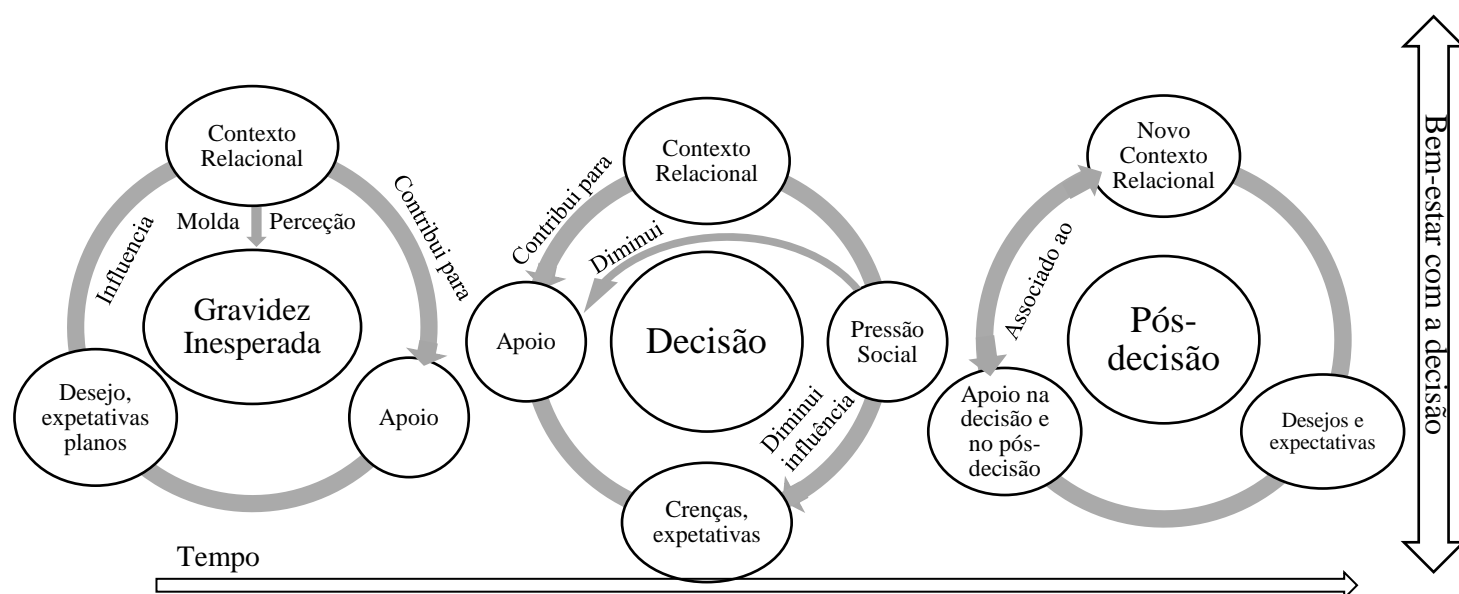
A compreensão do contexto no qual cada gravidez surge, torna-se relevante para a compreensão da adaptação, no sentido em que, a gravidez inesperada é percebida como um stressor mais intenso, caso não haja um plano, um desejo de ser mãe, ou uma relação em que possa realizar este desejo, por discórdia do parceiro em relação ao tema da parentalidade, ou por instabilidade relacional ou financeira. Nesse sentido, a mulher pode sentir-se obrigada a **decidir contra a sua vontade**, fator potencialmente, anteriormente identificado como, de risco. Ou, caso haja condições protetoras, a mulher pode conseguir tomar uma decisão com a qual se sinta confortável, de forma a que não venha a desejar ter **decidido de forma diferente**. Estas condições são, por exemplo, a existência de uma **relação estável**, uma **decisão conjunta** de crescer na relação para uma nova etapa e/ou sentir o **apoio do companheiro** necessário para tomar a decisão que sente ser a melhor. Neste sentido, a existência de uma **relação estável**, um **plano parental partilhado**, e **apoio por parte do companheiro**, permitem uma **decisão tomada em conjunto** e, estando estes fatores relacionados, permitem proteger a mulher na sua adaptação à decisão de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada.

Com a decisão, existem novos fatores de proteção e de risco que se acrescentam aos já existentes no contexto em que surgiu a gravidez. Nomeadamente, o fortalecimento da relação em que a gravidez surgiu, caso a decisão seja tomada em conjunto e esta **relação seja boa**. A existência de **apoio**, por parte da **família** da mulher, assim como do **companheiro**, protege também a mulher na sua adaptação, no sentido em que a permite sentir **apoio na decisão tomada**. O enfraquecimento da relação, o aumento dos conflitos nesta, assim como a **ausência de apoio** são potenciais fatores de risco para a adaptação da mulher, tendo esta **decidido contra ou a favor da sua vontade**. A **falta de apoio** pode fazer a mulher sentir que deveria ter **decidido de forma diferente** e, consequentemente, ter maior dificuldade a adaptar-se ao viver com a decisão tomada.

O uso da **estratégia de coping de reenquadramento** da situação funciona como fator protetor e permite, à mulher, encontrar significado para a decisão tomada, de forma que, tenha decidido contra ou a favor da sua vontade, consiga viver melhor com esta decisão e com as dificuldades que dela possam ter surgido. Esta estratégia tem, também, o papel de a ajudar a encontrar o positivo da situação que enfrentou. Contudo, o uso desta estratégia acontece, mais

frequentemente, quando outros fatores protetores estão presentes, em especial, o **apoio familiar** e o **apoio do companheiro**.

Quando o processo de adaptação à decisão contrasta com as **expetativas** que a mulher tinha deste, seja de prosseguir ou interromper a gravidez, este pode ser identificado como um fator de risco para a adaptação, no sentido em que dificulta o sentimento de bem-estar relativo à decisão que tomada. Este fator foi encontrado, mais frequentemente, em mulheres que interromperam a gravidez e que sentiram este **processo** como mais **duro** do que aquilo que estavam à espera de encontrar.



*Figura 3.* Síntese dos resultados dos fatores de proteção ou risco de maior peso para a adaptação, sendo a sua função influenciada pelo contexto em que se inserem.

Neste sentido, observando a Figura 3, podemos concluir que, após a decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada, o bem-estar relacionado com esta decisão, ou seja, a adaptação ao novo contexto, parece ser influenciado pelo contexto relacional em que surge a gravidez inesperada e pelo novo contexto do pós-decisão. O primeiro, relacionando-se com a decisão final, no sentido em que o contexto inicial influenciou a decisão, e a decisão influencia o novo contexto da relação do casal. O contexto relacional influencia, também, o apoio sentido e recebido do companheiro, e, o apoio do companheiro, assim como da família e de outras fontes da rede social, influenciam o contexto relacional. O apoio existente, a falta deste ou em forma de pressão social influenciou a decisão final, assim como a decisão final influencia o apoio recebido. A relação entre o contexto relacional, o apoio e a decisão final influencia o bem-estar com a decisão, o qual molda o processo de adaptação ao novo contexto

pós-decisão. No momento do pós-decisão, as expectativas e desejos da mulher surgem como fator de proteção ou de risco, dependendo da sua coerência com a decisão tomada, influenciando, assim, o bem-estar desta com a decisão tomada.

#### **4.1. Limitações da Investigação**

É possível identificar, nesta investigação, algumas limitações. Nomeadamente, relativamente à amostra, a não existência de igual número de participantes que tenham prosseguido e interrompido a gravidez inesperada. Contudo, é possível compreender esta limitação no contexto português, no qual, a experiência de interrupção voluntária da gravidez tem, uma grande conotação social negativa, impedindo que as mulheres que passaram por essa experiência se sintam à vontade para a partilhar. Ainda, relativamente à limitação da amostra, a heterogeneidade desta, assim como das experiências que foram partilhadas, apesar de enriquecer o conhecimento sobre estas vivências, impede, de certa forma, a compreensão da globalidade destas experiências. Nesse sentido, a investigação poderia ter-se dedicado apenas a uma fase do ciclo de vida, ou contexto socioeconómico. Contudo, a dificuldade em encontrar participantes levou a que se tornasse necessário alargar os critérios para a amostra.

Relativamente à recolha de informação, a não existência de perguntas específicas sobre os fatores de proteção e risco para a adaptação, dificultou a recolha desta informação. Contudo, a decisão de não incluir perguntas específicas sobre estes deveu-se ao facto de as respostas já se encontrarem integradas durante a partilha da experiência.

Os resultados obtidos na Escala de Satisfação com a Vida (Neto, 2001, versão portuguesa adaptada de Diener, et al., 1985), limitaram a contribuição do uso da escala para a compreensão do peso dos fatores de proteção e de risco, no sentido em que, sendo os resultados de 12 (das 13 participantes) bastante idênticos, por um lado permitiu compreender os paralelos entre as experiências, contudo, dificultou a análise comparativa da vivência de prosseguir e de interromper uma gravidez inesperada.

O facto de a maioria das participantes se encontrar em relações de namoro e serem mais novas (9 das 13 participantes vivenciaram esta experiência abaixo dos 30 anos), torna o apoio da família mais relevante do que o do companheiro, resultado cuja generalização pode não ser possível para a população casada/em união e noutra fase de desenvolvimento, acima dos 30 anos.

## **4.2. Implicações da Investigação para a Prática**

Esta investigação contribuiu para a compreensão dos fatores que podem influenciar a adaptação da mulher após enfrentar a decisão emocionalmente exigente de prosseguir ou de interromper uma gravidez inesperada, para que seja possível identificar o que tem peso na sua decisão, e que influência têm esses fatores na sua adaptação ao pós-decisão.

Neste sentido, as conclusões aqui encontradas permitem contribuir para o trabalho dos psicólogos com mulheres que apresentem sinais de desadaptação relacionados com a decisão tomada de prosseguir ou de interromper uma gravidez inesperada, identificando quais as principais fontes de proteção e de risco para a sua adaptação, tendo em conta as fontes com maior peso aqui encontradas, como o Apoio, o Contexto Reacional e o Bem-estar com a Decisão, de forma a que seja possível ajudar a mulher, casal ou família a refletir sobre a influência destes no processo de decisão e no pós-decisão, permitindo-os encontrar caminho para uma maior adaptação.

A investigação permitiu, também, contribuir para a caracterização de alguma realidade portuguesa relativamente às problemáticas da gravidez inesperada e da experiência de prosseguir ou de interromper voluntariamente a gravidez. De destacar, no entanto, a necessidade urgente de maior compreensão destes temas no âmbito do contexto sociocultural e económico do país.

Em estudos futuros, salienta-se a importância de estudar o papel dos pais da mulher que enfrenta uma gravidez inesperada, no sentido em que estes adquirem papéis comuns às experiências das participantes e podem ser um recurso no seu processo de decisão e adaptação. A emergência de desejo de maternidade após uma experiência de IVG torna-se também um tema emergente a necessitar de melhor compreensão.



## 5. Referências

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248 (4951), 41-44.
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Coimbra: Quarteto.
- Barrett, G., Peacock, J., & Victor, C. R. (1998). Are women who have abortions different from those who do not? A secondary analysis of the 1990 national survey of sexual attitudes and lifestyles. *Public health*, 112 (3), 157-163.
- DOI: 10.1038/sj.ph.1900453
- Barrett, G., Smith, S. C., & Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58 (5), 426-433.
- Barrett, G., & Wellings, K. (2002). What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Social science & medicine*, 55 (4), 545-557.
- DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00187-3
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping-a systematic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, 47, 137-140.
- Bodemann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- DOI: 10.1037/11031-002
- Bouchard, G. (2005). Adult couples facing a planned or an unplanned pregnancy: Two realities. *Journal of Family Issues*, 26 (5), 619-637.
- DOI: 10.1177/0192513X04272756
- Bouchard, G., Boudreau, J., & Hébert, R. (2006). Transition to parenthood and conjugal life: Comparisons between planned and unplanned pregnancies. *Journal of Family Issues*, 27 (11), 1512-1531.

DOI: 10.1177/0192513X06290855

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3 (2), 77-101.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology Of The Family As A Context For Human Development: Research Perspectives. *Developmental Psychology*, 22 (6), 723-742.

Canavarro, M. C. S. (Ed.). (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. *As mudanças no ciclo de vida familiar*, 2, 7-29.

Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 2, 39-49.

de Carvalho Lourenço, M. M. (1998). *Textos e contextos da gravidez na adolescência: a adolescente, a família e a escola*. Lisboa: Fim de Século Edições LDA.

Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., & Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78 (6), 436-450.

DOI: 10.1016/j.contraception.2008.07.005

Chou, F. H., Avant, K. C., Kuo, S. H., & Fetzer, S. J. (2008). Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: a questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 45 (8), 1185-1191.

DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2007.08.004

Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Conde, A., & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez: Factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 24 (3), 197-209.

Cogle, J. R., Reardon, D. C., & Coleman, P. K. (2003). Depression associated with abortion and childbirth: a long-term analysis of the NLSY cohort. *Medical Science Monitor*, 9 (4), CR105-CR112.

Cox, M. J., Paley, B., Burchinal, M., & Payne, C. C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 611-625.

DOI: 10.2307/353564

Cozzarelli, C., Sumer, N., & Major, B. (1998). Mental models of attachment and coping with abortion. *Journal of personality and social psychology*, 74 (2), 453-467.

DOI: 10.1037/0022-3514.74.2.453

Daly, K. J. (2007). *Qualitative methods for family studies and human development*. Thousand Oaks, California: Sage.

Delgado-Rodríguez, M., Gómez-Olmedo, M., Bueno-Cavanillas, A., & Gálvez-Vargas, R. (1997). Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Preventive Medicine*, 26 (6), 834-838.

DOI: 10.1006/pmed.1997.0217

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49 (1), 71-75.

DOI: 10.1207/s15327752jpa4901\_13

Earle, S. (2004). "Planned" and "unplanned" pregnancy: Deconstructing experiences of conception. *Human Fertility*, 7 (1), 39-42.

DOI: 10.1080/1464727042000198078

Earle, S., & Letherby, G. (2002). Whose choice is it anyway? Decision making, control and conception. *Human Fertility*, 5 (2), 39-41.

DOI: 10.1080/1464727022000198892

Eisen, M., & Zellman, G. L. (1984). Factors predicting pregnancy resolution decision satisfaction of unmarried adolescents. *The Journal of genetic psychology*, 145 (2), 231-239.

DOI: 10.1080/00221325.1984.10532270

Figueiredo, B., Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2010). Partner relationships during pregnancy in anxious and depressed women and men. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (2), 243-250.

- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., & Magarinho, R. (2006). Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 1, 3-25.
- Faúndes, A. & Barzelatto, J. (2004). *O drama do aborto – em busca de um consenso*. Campinas: Editora Komedi.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Boden, J. M. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 193 (6), 444-451.  
DOI: 10.1192/bjp.bp.108.056499
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010a). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11 (2), 199-217.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010b). Interrupção voluntária da gravidez: Ajustamento psicológico à decisão e experiência de interrupção. In *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa* (Vol. 4, No. 4, pp. 176-183).
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010c). Variáveis sociodemográficas e socioculturais e ajustamento psicológico à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psychologica*, (52-II), p-527.
- Jorgensen, S. R. (1993). Adolescent pregnancy and parenting. *Adolescent sexuality*, 5, 103-140.
- Joyce, T., Kaestner, R., & Korenman, S. (2000). The stability of pregnancy intentions and pregnancy-related maternal behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 4 (3), 171-178.
- Kimport, K. (2012). (Mis) understanding abortion regret. *Symbolic Interaction*, 35 (2), 105-122.  
DOI: 10.1002/symb.11
- Lavee, Y., McCubbin, H. I., & Olson, D. H. (1987). The effect of stressful life events and transitions on family functioning and well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 49 (4), 857-873.  
DOI: 10.2307/351979

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Leal, I. (2001). Interrupção Voluntária da Gravidez. O que a Psicologia pode e sabe dizer. *Sexualidade & Planejamento Familiar*, 32, 7-12.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64 (9), 863.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology*, 59 (3), 452.  
DOI: 10.1037/0022-3514.59.3.452
- Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., & Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology*, 74 (3), 735.  
DOI: 10.1037/0022-3514.74.3.735
- Matlár, J. H., & da Mota, A. S. (2002). *Para um novo feminismo*. Cascais: Principia.
- Doucet, A. (2013) Can Parenting Be Equal? Rethinking Equality and Gender Differences in Parenting. In L. C. McClain & D. Cere (Eds.), *What is Parenthood?: Contemporary Debates about the Family* (pp. 257-275). New York: NYU Press.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6 (1-2), 7-37.  
DOI: 10.1300/J002v06n01\_02
- Meiksin, R., Chang, J. C., Bhargava, T., Arnold, R., Dado, D., Frankel, R., ... & Zickmund, S. (2010). Now is the chance: Patient-provider communication about unplanned pregnancy during the first prenatal visit. *Patient education and counseling*, 81 (3), 462-467.  
DOI: 10.1016/j.pec.2010.09.002
- Millán, M., Espina, A., Narciso, I., Ribeiro, M. T., Martínez, R. A., Neto, L. M., ... & Lafuente, M. J. (1996). *Psicología de la familia. Un enfoque evolutivo y sistémico*. Valencia: Promolibro.

- Miller, T. (2011). *Making sense of fatherhood: Gender, caring and work*. Cambridge University Press.
- Miller, G., & Dingwall, R. (Eds.). (1997). *Context and method in qualitative research*. London: Sage Publications.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Monteiro, A. P., Costa-Ramvalho, S., Ribeiro, M. T., & Pinto, A. M. (2015). Commitment in different relationships statuses: validation study of the personal commitment scale. *The Spanish journal of psychology*, 18, 1-11.  
DOI: 10.1017/sjp.2015.35
- Moreau, C., & Bohet, A. (2016). Frequency and correlates of unintended pregnancy risk perceptions. *Contraception*, 94 (2), 152-159.  
DOI: 10.1016/j.contraception.2016.02.029
- Moura-Ramos, M., & Canavarro, C. M. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossintomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 25 (3), 399-413.  
DOI: 10.14417/ap.453
- Neto, F. M. (1993). The satisfaction with life scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22 (2), 125-134.
- Neto, F., & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 3.
- Pacheco, A., Costa, R., & Figueiredo, B. (2009). Qualidade do relacionamento com pessoas significativas: comparação entre grávidas adolescentes e adultas. *Psicologia: teoria e prática*, 11 (2), 129-144.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological assessment*, 5 (2), 164-172.  
DOI: 10.1037/1040-3590.5.2.164
- Patrão, I., King, G., & Almeida, M. (2012). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo. *Análise Psicológica*, 26 (2), 349-354.

DOI: 10.14417/ap.499

Petersen, R., & Moos, M. K. (1997). Defining and measuring unintended pregnancy: issues and concerns. *Women's Health Issues*, 7 (4), 234-240.

DOI: 10.1016/S1049-3867(97)00009-1

Portelinha, C. M. M. (2003). *Sexualidade na gravidez: Estudo descritivo realizado numa amostra de mulheres do distrito de Coimbra*. Coimbra: Quarteto Editora.

Randall, A. K. & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29, 105-115.

DOI: 10.1016/j.cpr.2008.10.004

Reading, A. (1983). *Psychological aspects of pregnancy*. New York: Longman.

Relvas, A. P. (1997). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Rini, C., Schetter, C. D., Hobel, C. J., Glynn, L. M., & Sandman, C. A. (2006). Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *Personal Relationships*, 13 (2), 207-229.

DOI: 10.1111/j.1475-6811.2006.00114.x

Rini, C. K., Dunkel-Schetter, C., Wadhwa, P. D., & Sandman, C. A. (1999). Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress, and sociocultural context in pregnancy. *Health Psychology*, 18 (4), 333.

DOI: 10.1037/0278-6133.18.4.333

Silva, A. I., & Figueiredo, B. (2005). Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatria Clínica*, 25 (3), 253 – 264

Speckhard, A. C., & Rue, V. M. (1992). Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48 (3), 95-119.

DOI: 10.1111/j.1540-4560.1992.tb00899.x

Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26 (3), 453.

DOI: 10.1037/a0028332

Thorp Jr, J. M., Hartmann, K. E., & Shadigan, E. (2005). Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: a review of the evidence. *The Linacre quarterly*, 72 (1), 44-69.

DOI: 10.1097/00006254-200301000-00023

VanderStoep, S. W., & Johnson, D. D. (2009). *Research methods for everyday life: Blending qualitative and quantitative approaches* (Vol. 32). San Francisco: John Wiley & Sons.

Yanikkerem, E., Ay, S., & Piro, N. (2013). Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 39 (1), 180-187.

DOI: 10.1111/j.1447-0756.2012.01958.x

Zabin, L. S., Huggins, G. R., Emerson, M. R., & Cullins, V. E. (2000). Partner effects on a woman's intention to conceive: 'not with this partner'. *Family planning perspectives*, 32 (1), 39-45.

DOI: 10.2307/2648147



## **Apêndices**

**Apêndice A:** Guião para a Entrevista Semiestruturada a participantes Grávidas  
ou com Filho Recente

Apêndice A: Guião para a Entrevista Semiestruturada a participantes Grávidas ou com Filho Recente

Blocos Temáticos	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Memória
I. Informação	<p>1.</p> <p>2. Pedir permissão para a gravação áudio da entrevista</p> <p>3. Apresentação</p> <p>4. Explicar objetivos da entrevista</p> <p>Aspetos deontológicos</p>	<p>2.1. Apresentação da(s) entrevistadora(s)</p> <p>2.2. Apresentação da grávida/ mãe</p> <p>3.1. Fornecer informação sobre: objetivos, finalidade, duração e conteúdo da entrevista</p> <p>4.1. Agradecer a sua colaboração</p> <p>4.2. Garantir a confidencialidade e o anonimato</p> <p>4.3. Informar sobre o direito à não resposta</p> <p>4.4. Assegurar o esclarecimento de eventuais dúvidas da grávida/mãe</p>	

II. Ser mãe	1. Perceber a perspectiva que tem da maternidade e do que é ser mãe	1.1. Para si o que é ser mãe? O que significa?	
III. Dados sociodemográficos	<p>1. Adquirir dados sobre a mãe/grávida e sobre o bebé</p> <p>2. Adquirir dados sobre a escolaridade e profissão</p> <p>3. Adquirir dados sobre a família de origem e o seu agregado familiar</p>	<p>1.1. Datas de nascimento (mãe e bebé)</p> <p>1.2. Naturalidade (mãe e bebé)</p> <p>1.3. Está grávida de quanto tempo? Qual a idade do seu bebé?</p> <p>4. Qual o sexo do bebé?</p> <p>1.5. Primeira gestação?</p> <p>1.5. Religião: tem? Pratica?</p> <p>Nível de escolaridade</p> <p>Atividade profissional</p> <p>3.1. Tem irmãos? Composição da família de origem</p> <p>3.2. Questionar com quem vive atualmente</p> <p>3.3. Perceber como são as suas relações com a família de origem</p> <p>3.4. Estado civil dos pais</p>	<p>Só para as grávidas</p> <p>Se está desempregada ou deixou de estudar, questionar se está à procura de emprego ou se voltará a estudar</p>

<p>IV. Relação com o Pai da criança</p>	<p>1. Recolher informações sobre o pai da criança</p>	<p>1.1. Perceber como conheceu o pai da criança</p> <p>1.2. Perceber que relação tem com o pai da criança.</p> <p>1.3. Perceber se já tinham falado em ter um filho</p> <p>1.4. Perceber como está a relação atual com o pai da criança</p> <p>1.5. Questionar acerca do agregado familiar do pai da criança</p> <p>1.6. Perceber se recebe apoio do pai da criança</p> <p>1.7. Perceber o estilo de vida do pai</p>	<p>Namoro?</p> <p>Só estiveram umas vezes juntos? ...</p> <p>Perceber se têm um projeto conjugal</p> <p>Ausente/presente! Quer saber da gravidez/bebé? Falam frequentemente?</p> <p>Visitas....</p> <p>Financeiramente e na educação</p> <p>Consume? Bebe?</p>
---	---	--	--

V. Gravidez	1. Saber como decorreu a descoberta da gravidez	<p>1.1. Questionar como descobriu que estava grávida</p> <p>1.2. Questionar acerca da sua reação após a descoberta</p> <p>1.3. O que é para si uma gravidez planeada/desejada?</p> <p>1.4. Perceber se a gravidez foi planeada ou não</p> <p>1.4.1. Se sim perceber os motivos para engravidar</p> <p>1.4.2. Perceber como é o uso dos contraceptivos e o que acha da eficácia de cada um?</p> <p>1.5. Saber como o pai da criança reagiu</p> <p>1.6. Saber como a sua família, a família do pai da criança e os amigos reagiram</p>	<p>Exploração dos conceitos</p> <p>Utilização de contraceptivos?</p>
-------------	---	--	--

VI.	Processo de decisão	Perguntar como se sentiu nesta fase	1.1. O que lhe passou pela cabeça? Como se sentiu?	
		Recolher informações acerca do processo de decisão	2.1. Com quem falou sobre o assunto? 2.2. Que tipo de conselhos lhe deram? Quem os deu? 2.3. Deslocou-se a algum sítio?  2.4. Quais foram as hipóteses que ponderou na altura? 2.5. Que razões a levaram a pensar num cenário ou no outro? 2.6. Quais foram os momentos importantes para a sua tomada de decisão? 2.7. Que fatores tiveram mais peso na sua decisão final?	Falou com alguém ligado à saúde? Centro de saúde, Psicólogo, hospital





IX. Apoio social atual	<p>1. Obter informações acerca do apoio social e emocional que tem recebido</p> <p>2. Questionar acerca da aceitação por parte da comunidade</p>	<p>1.1. Questionar acerca da presença/ausência de família alargada e consequente apoio</p> <p>1.2. Questionar acerca da presença/ausência de amigos próximos e consequente apoio</p> <p>2.1. Questionar acerca do feedback que têm recebido por terem sido mães/estarem grávidas</p>	
X.	<p>Planos futuros 1. Obter informação relativa a planos de futuro</p>	<p>1.1. Questionar a mãe/grávida acerca de planos a curto prazo</p> <p>1.2. Questionar a mãe/grávida acerca de planos a longo prazo</p>	<p>Estudos?</p> <p>Emprego/Procura de trabalho?</p> <p>Sítio onde vive ou que quer viver, emprego, plano e projeto conjugal</p>

<p>XI.</p> <p>Finalização</p>	<p>Fazer um agradecimento</p> <p>Obter possíveis informações que não tenham sido abordadas</p>	<p>1.1. Agradecer a colaboração e disponibilidade</p> <p>2.1. Há alguma questão que gostava que eu tivesse perguntado e que eu não perguntei?</p> <p>2.2. Depois de tudo o que passou, o que aconselharia a uma mulher que estivesse numa situação inesperada?</p> <p>2.3. Perguntar se existe alguma questão que queiram esclarecer</p>	
-------------------------------	--	--	--

**Apêndice B:** Guião para a Entrevista Semiestruturada às participantes que  
Prosseguiram com a Gravidez há mais de 6 anos

Apêndice C: Guião para a Entrevista Semiestruturada às participantes que Prosseguiram com a Gravidez há mais de 6 anos

Blocos Temáticos	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Memória
I. Informação	<ol style="list-style-type: none"> <li></li> <li>Pedir permissão para a gravação áudio da entrevista</li> <li>Apresentação</li> <li>Explicar objetivos da entrevista</li> <li>Aspetos deontológicos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Apresentação da(s) entrevistadora(s)</li> <li>2.2. Apresentação da grávida/ mãe</li> <li>3.1. Fornecer informação sobre: objetivos, finalidade, duração e conteúdo da entrevista</li> <li>4.1. Agradecer a sua colaboração</li> <li>4.2. Garantir a confidencialidade e o anonimato</li> <li>4.3. Informar sobre o direito à não resposta</li> <li>4.4. Assegurar o esclarecimento de eventuais dúvidas da grávida/mãe</li> </ol>	
II. Ser mãe	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perceber a perspetiva que tem da maternidade e do que é ser mãe</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Para si o que é ser mãe? O que significa?</li> </ol>	

<p>III. Dados sociodemográficos</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Adquirir dados sobre a mãe/grávida e sobre o bebê</p> <p>Adquirir dados sobre a escolaridade e profissão</p> <p>Adquirir dados sobre a família de origem e o seu agregado familiar</p>	<p>1.1. Datas de nascimento (mãe e bebê)</p> <p>1.2. Naturalidade (mãe e bebê)</p> <p>4.Qual o sexo do bebê?</p> <p>1.5. Primeiro filho?</p> <p>1.5. Religião: tem? Pratica?</p> <p>Nível de escolaridade</p> <p>Atividade profissional</p> <p>3.1. Composição da família de origem</p> <p>3.2. Questionar com quem vive atualmente</p>	<p>Vive com a família?</p>
-------------------------------------	---	---	----------------------------

<p>IV. Relação com o Pai da criança</p>	<p>1. Recolher informações sobre o pai da criança</p>	<p>1.1. Perceber como conheceu o pai da criança</p> <p>1.2. Perceber que relação tem com o pai da criança.</p> <p>1.3. Perceber se já tinham falado em ter um filho</p> <p>1.4. Perceber como está a relação atual com o pai da criança</p> <p>1.5. Perceber se recebeu e recebe apoio do pai da criança</p> <p>1.6. Perceber o estilo de vida do pai</p>	<p>Namoro? Só estiveram umas vezes juntos? Casados?</p> <p>Perceber se têm um projeto conjugal Ausente/presente!</p> <p>Consume? Bebe?</p>
---	---	---	--

V. Gravidez	1. Saber como decorreu a descoberta da gravidez	<p>1.1. Questionar como descobriu que estava grávida</p> <p>1.2. Questionar acerca da sua reação após a descoberta</p> <p>1.3. O que é para si uma gravidez planeada/desejada?</p> <p>1.4. Perceber se a gravidez foi planeada ou não</p> <p>1.4.1. Se sim perceber os motivos para engravidar</p> <p>1.4.2. Perceber como é o uso dos contraceptivos e o que acha da eficácia de cada um?</p> <p>1.5. Saber como o pai da criança reagiu</p> <p>1.6. Saber como a sua família, a família do pai da criança e os amigos reagiram</p>	<p>Exploração dos conceitos</p> <p>Utilização de contraceptivos?</p>
-------------	---	--	--

<p><b>VI.</b></p> <p>Processo de decisão</p>	<p>Perguntar como se sentiu nesta fase</p>  <p>Recolher informações acerca do processo de decisão</p>	<p>1.1. O que lhe passou pela cabeça? Como se sentiu?</p> <p>2.1. Com quem falou sobre o assunto?</p> <p>2.2. Que tipo de conselhos lhe deram? Quem os deu?</p> <p>2.3. Deslocou-se a algum sítio?</p> <p>2.4. Quais foram as hipóteses que ponderou na altura?</p> <p>2.5. Que razões a levaram a pensar num cenário ou no outro?</p> <p>2.6. Quais foram os momentos importantes para a sua tomada de decisão?</p> <p>2.7. Que fatores tiveram mais peso na sua decisão final?</p>	<p>Falou com alguém ligado à saúde? Centro de saúde,</p> <p>Psicólogo, hospital</p>
--	---	--	---



<p>VII. Decisão de prosseguir ou interromper a gravidez</p>	<p>1. Recolher informações acerca das atitudes face à decisão</p> <p>2.</p> <p>3. Recolher informações sobre o apoio sentido pelos outros perante a decisão</p> <p>Impacto da decisão</p>	<p>1.1. Como reagiu o pai do bebé?</p> <p>2.Como reagiu a família de cada um?</p> <p>1.Sentiu que teve apoio na decisão?</p> <p>2.2.Quem a apoiou e de que forma?</p> <p>3.1. Perceber as influências que essa decisão teve na sua vida atual.</p> <p>3.2. Se fosse hoje como decidiria? Porquê?</p>	<p>Aceitaram?</p> <p>Afastaram-se?</p> <p>Perceber se voltava atrás na sua decisão</p>
<p>VIII. Vida atual</p>	<p>1. Perceber como está a ser a sua vida atual</p>	<p>1.1. Como está a ser a gravidez/maternidade</p> <p>1.2. Satisfação com a vida</p>	<p>Usar a ESCALA!</p>

IX. Apoio social atual	1.  Obter informações acerca do apoio social e emocional que tem recebido	1.1. Questionar acerca da presença/ausência de família alargada e amigos e consequente apoio	
X. Finalização	1.  Fazer um agradecimento  2.  Obter possíveis informações que não tenham sido abordadas	1.1. Agradecer a colaboração e disponibilidade  2.1. Há alguma questão que gostava que eu tivesse perguntado e que eu não perguntei?  2.2. Depois de tudo o que passou, o que aconselharia a uma mulher que estivesse numa situação inesperada?  2.3. Perguntar se existe alguma questão que queiram esclarecer	

**Apêndice C:** Guião para a Entrevista Semiestruturada às participantes que  
Interromperam a Gravidez

Apêndice C: Guião para a Entrevista Semiestruturada às participantes que Interromperam a Gravidez

Blocos Temáticos	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Memória
I. Informação	<p>1.</p> <p>2. Pedir permissão para a gravação áudio da entrevista</p> <p>3. Apresentação</p> <p>4. Explicar objetivos da entrevista</p> <p>Aspetos deontológicos</p>	<p>2.1. Apresentação da(s) entrevistadora(s)</p> <p>2.2. Apresentação da grávida/ mãe</p> <p>3.1. Fornecer informação sobre: objetivos, finalidade, duração e conteúdo da entrevista</p> <p>4.1. Agradecer a sua colaboração</p> <p>4.2. Garantir a confidencialidade e o anonimato</p> <p>4.3. Informar sobre o direito à não resposta</p> <p>4.4. Assegurar o esclarecimento de eventuais dúvidas da grávida/mãe</p>	

II. Ser mãe	1. Perceber a perspetiva que tem da maternidade e do que é ser mãe	1.1. Para si o que é ser mãe? O que significa?	
III. Dados sociodemográficos	1. Adquirir dados sobre a mãe/grávida e sobre o bebé  2. Adquirir dados sobre a escolaridade e profissão  3. Adquirir dados sobre a família de origem e o seu agregado familiar	1.1. Datas de nascimento 1.2. Naturalidade 1.3. Religião: tem? Pratica?  3.1. Nível de escolaridade 3.2. Atividade profissional  3.1. Tem irmãos? Composição da família de origem 3.2. Questionar com quem vive atualmente 3.3. Perceber como são as suas relações com a família de origem 3.4. Estado civil dos pais	Se está desempregada ou deixou de estudar, questionar se está à Procura de emprego ou se voltará a estudar

<p>IV. Relação com o Pai da criança</p>	<p>1. Recolher informações sobre o pai da criança</p>	<p>1.1. Perceber como conheceu o pai da criança</p> <p>1.2. Perceber que relação tem com o pai da criança.</p> <p>1.3. Perceber se já tinham falado em ter um filho</p> <p>1.4. Perceber qual era o estilo de vida do pai</p>	<p>Namoro? Só estiveram umas vezes juntos? ...</p> <p>Perceber se têm um projeto conjugal</p> <p>Consume? Bebe?</p>
---	---	---	---

V. Gravidez	1. Saber como decorreu a descoberta da gravidez	<p>1.1. Questionar como descobriu que estava grávida</p> <p>1.2. Questionar acerca da sua reação após a descoberta</p> <p>1.3. O que é para si uma gravidez planeada/desejada?</p> <p>1.4. Perceber se a gravidez foi planeada ou não</p> <p>1.4.1. Se sim perceber os motivos para engravidar</p> <p>1.4.2. Perceber como é o uso dos contraceptivos e o que acha da eficácia de cada um?</p> <p>1.5. Saber como o pai da criança reagiu</p> <p>1.6. Saber como a sua família, a família do pai da criança e os amigos reagiram</p>	<p>Exploração dos conceitos</p> <p>Utilização de contraceptivos?</p>
-------------	---	--	--

VI.	Processo de decisão		
	Perguntar como se sentiu nesta fase	1.1. O que lhe passou pela cabeça? Como se sentiu?	
	Recolher informações acerca do processo de decisão	2.1. Com quem falou sobre o assunto? 2.2. Que tipo de conselhos lhe deram? Quem os deu? 2.3. Deslocou-se a algum sítio?	Falou com alguém ligado à saúde? Centro de saúde,
		2.4. Quais foram as hipóteses que ponderou na altura?	Psicólogo, hospital
		2.5. Que razões a levaram a pensar num cenário ou no outro?	
		2.6. Quais foram os momentos importantes para a sua tomada de decisão?	
		2.7. Que fatores tiveram mais peso na sua decisão final?	



<p>VII. Decisão de prosseguir ou interromper a gravidez</p>	<p>1.</p> <p>Recolher informações acerca das atitudes face à decisão</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>Recolher informações sobre o apoio sentido pelos outros perante a decisão</p> <p>Impacto da decisão</p>	<p>1.1. Como reagiu o pai do bebé?</p> <p>2.Como reagiu a família de cada um?</p> <p>1.Sentiu que teve apoio na decisão?</p> <p>2.2.Quem a apoiou e de que forma?</p> <p>3.1. Perceber as influências que essa decisão teve na sua vida atual.</p> <p>3.2. Se fosse hoje como decidiria? Porquê?</p>	<p>Aceitaram?</p> <p>Afastaram-se?</p> <p>Perceber se voltava atrás na sua decisão</p>
<p>VIII. Vida atual</p>	<p>Perceber como está a ser a sua vida atual</p> <p>1.</p>	<p>1.1. Como está a ser a gravidez/maternidade</p> <p>1.2. Satisfação com a vida</p>	<p>Usar a ESCALA!</p>

IX. Apoio social atual	<p>Obter informações acerca do apoio social e emocional que tem recebido</p> <p>1.</p>	<p>1.1. Questionar acerca da presença/ausência de família alargada e consequente apoio</p> <p>1.2. Questionar acerca da presença/ausência de amigos próximos e consequente apoio</p>	
X. Finalização	<p>1.</p> <p>Fazer um agradecimento</p> <p>2. Obter possíveis informações que não tenham sido abordadas</p>	<p>1.1. Agradecer a colaboração e disponibilidade</p> <p>2.1. Há alguma questão que gostava que eu tivesse perguntado e que eu não perguntei?</p> <p>2.2. Depois de tudo o que passou, o que aconselharia a uma mulher que estivesse numa situação inesperada?</p> <p>2.3. Perguntar se existe alguma questão que queiram esclarecer</p>	

**Apêndice D:** Dados Sociodemográficos e Resultados das participantes na  
Escala de Satisfação com a Vida

Apêndice D: **Dados Sociodemográficos e Resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida**

	<b>Decisão final</b>	<b>Hipóteses Ponderadas</b>	<b>Idade</b>	<b>Nº de IVG</b>	<b>Nº de filhos</b>	<b>Nível de escolaridade</b>	<b>Religião</b>	<b>SWLS</b>
Ana	Prosseguir	Prosseguir	48-58	0	1	Ensino Superior	Católica não praticante	Ligeiramente Satisfeita
Bárbara	Interromper	IVG	18-28	1	0	Ensino Superior	Sem religião	Satisfeita
Carla	Prosseguir	Prosseguir	18-28	0	1	9º	Católica	Satisfeita
Donzília	Prosseguir	Prosseguir	58-68	0	3	Ensino Superior	Católica	Extremamente Satisfeita
Filipa	Prosseguir	Prosseguir e IVG	18-28	0	1	Ensino Superior	Católica	Ligeiramente Satisfeita
Gabriela	Interromper	Prosseguir e IVG	28-38	2	0	Ensino Superior	Sem religião	Satisfeita
Jéssica	Prosseguir	Prosseguir e IVG	14-18	0	1	9º	Sem religião	Extremamente Satisfeita
Laura	Interromper	IVG	38-48	1	3	12º	Católica	Ligeiramente Satisfeita
Mara	Prosseguir	Prosseguir	14-18	0	0	6º	Sem religião	Satisfeita
Patrícia	Interromper	Prosseguir e IVG	48-58	4 ou +	2	Ensino Superior	Sem religião	Satisfeita
Rosário	Interromper	Prosseguir e IVG	18-28	2	0	12º	Católica	Extremamente Insatisfeita
Teresa	Prosseguir	Prosseguir	18-28	0	1	Ensino Superior	Católica	Satisfeita
Zélia	Prosseguir	Prosseguir e IVG	38-48	0	3	12º	Católica	Ligeiramente Satisfeita

## **Apêndice E:** Contexto em que surgiram as gravidezes inesperadas

## Apêndice F: Contexto em que surgiram as gravidezes inesperadas

Contexto em que surge a gravidez inesperada	Nº de Mulheres	Referências
<b>Contexto Gravidez</b>	<b>13</b>	<b>196</b>
Contexto socioeconómico	7	12
Instabilidade	6	11
Estabilidade	1	1
Projeto de Parentalidade	13	53
Partilha do desejo de ter filhos	9	15
Não agora	6	10
Desejo Unilateral	4	4
Inexistente	3	3
Existente, mas menos filhos	2	2
Na brincadeira	1	1
Desejo de maternidade	13	47
Existente	13	29
Antes da gravidez	12	16
Depois da Gravidez	1	5
Influenciado pelo aborto	1	4
Inconclusivo	2	9
Sentimentos Contraditórios	1	3
Sem desejo	2	3
Relação com o companheiro	13	41
Namoro	10	18
Casamento ou União de Facto	4	5
Instável	7	10
Estável	5	8
Decisão	13	27
Conjunta	8	18
Não Conjunta	6	9
Expectativas de ser mãe	5	8
Sonho da Maternidade	4	4
Ausentes	2	2
Negativas	1	1
Diferente em cada gravidez ou interrupção	3	6
Medo das consequências IVG	1	2

**Apêndice F:** Apoio ao longo do processo de decisão e adaptação à decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada

**Apêndice F: Apoio ao longo do processo de decisão e adaptação à decisão de prosseguir ou interromper uma gravidez inesperada**

<b>Apoio ao longo do processo</b>	<b>Nº de Mulheres</b>	<b>Numero de Referências</b>
<b>Apoio</b>	<b>13</b>	<b>146</b>
Na tomada de decisão	13	54
Familiar	11	25
Falta de apoio	8	9
Companheiro	4	5
Família	4	4
Companheiro	6	11
Amigos	6	9
Falta de Apoio no Parto	1	2
Pós decisão	13	41
Da família	10	19
Discórdia na decisão	1	1
Companheiro	7	11
Amigos	5	8
Falta de Apoio	2	3
Atualmente	13	49
Rede	12	46
Familiar	11	22
Logístico	3	3
Relacional	1	2
Amigos	8	11
Companheiro	4	9
Falta de Apoio	2	3
Sem apoio do pai do bebê	1	2
Rede	1	1



**Apêndice G:** Fatores de proteção para a adaptação à decisão e pós decisão de prosseguir ou Interromper a gravidez inesperada

**Apêndice G: Fatores de proteção para a adaptação à decisão e pós decisão de prosseguir ou Interromper a gravidez inesperada**

<b>Adaptação</b>	<b>Nº de Mulheres</b>	<b>Nº de Referências</b>
<b>Fatores de Proteção</b>	<b>14</b>	<b>273</b>
<b>Plano Partilhado de Parentalidade</b>	12	18
<b>Existente</b>	9	14
<b>Inexistente</b>	2	2
<b>Apoio</b>	11	131
<b>Após decidir</b>	10	29
<b>Da família</b>	8	13
<b>Amigos</b>	6	9
<b>Companheiro</b>	6	7
<b>Na decisão</b>	8	31
<b>Materno</b>	4	14
<b>Relação com o companheiro da gravidez</b>	10	37
<b>Boa relação</b>	6	9
<b>Juntos</b>	4	7
<b>Afastamento</b>	4	5
<b>Separados</b>	2	2
<b>União</b>	2	4
<b>Crenças</b>	8	22
<b>Reflexão e mudança - Reenquadramento</b>	4	9
<b>Ser contra o IVG</b>	3	5
<b>Educação</b>	1	2
<b>Gravidez aparece porque tem de acontecer</b>	1	1
<b>Não precisa de apoio</b>	1	1
<b>Decisão conjunta</b>	8	18
<b>Faria as coisas iguais</b>	7	8
<b>Prosseguia</b>	4	4
<b>Interrompia</b>	3	4
<b>Desejo de Maternidade</b>	6	12
<b>Presente</b>	5	14
<b>Ausente</b>	1	1
<b>Aceitação da decisão</b>	5	14
<b>Pela rede</b>	5	6
<b>Pela própria</b>	4	6
<b>Sentir-se capaz de ser mãe</b>	3	5
<b>Decidir a favor da pressão social</b>	3	3
<b>Feedback Positivo</b>	2	2
<b>Admiração</b>	2	2
<b>Indiferença em relação à IVG</b>	1	3

**Apêndice H:** Fatores de risco para a Adaptação à Decisão e Pós Decisão de  
Prosseguir ou Interromper a Gravidez Inesperada

**Apêndice H: Fatores de risco para a decisão e adaptação pós decisão de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada**

<b>Adaptação</b>	<b>Nº de Mulheres</b>	<b>Nº de Referências</b>
<b>Fatores de Risco</b>	<b>13</b>	<b>230</b>
<b>Projeto Conjugal de Parentalidade</b>	12	18
Não agora	6	10
Unilateral	4	5
Existente, mas menos filhos	2	2
Na brincadeira	1	1
<b>Pressão Social</b>	10	31
IVG como algo errado	5	9
Interrupção	4	11
Ir contra a sua vontade	4	6
<b>Maternidade</b>	2	3
Padrões de Maternidade	1	1
<b>Reação da rede</b>	8	43
Surpresa	6	11
Rejeição	6	9
Reação preocupada do pai da grávida	4	9
Alerta das responsabilidades	2	2
<b>Relação Conjugal</b>	8	27
Separação	5	10
Mudanças na relação devido à situação	4	7
Reflexão sobre ter tido decidido sozinha	2	2
Dificuldades no balanço conjugal parental	2	2
Discórdia	2	5
<b>Faria diferente</b>	6	16
<b>Prosseguia</b>	4	9
<b>Pensava melhor</b>	2	4
<b>Falta de Apoio</b>	6	14
<b>Desejo de Maternidade</b>	5	9
<b>Ausência de Desejo</b>	2	5
<b>Emergente</b>	1	1
<b>Presente</b>	1	1
<b>Decisão não conjunta</b>	5	8
<b>Reflexão sobre o que decidiu</b>	4	16
<b>Crenças</b>	4	11
<b>Ser contra o IVG</b>	3	6
<b>IVG como um processo duro</b>	4	11
Sentimento de Assassinio	1	3
Sentir que é um bebê	1	1
Expetativas vs. Realidade	1	1
<b>Julgamento Social</b>	3	6

<b>Igreja</b>	2	2
<b>Ginecologistas</b>	1	1
<b>Medo das consequências da IVG</b>	2	4
<b>Revolta</b>	2	4
<b>Fatores de stress acrescidos</b>	2	3
<b>Expetativas negativas da maternidade</b>	1	2
<b>Hesitação</b>	1	2
<b>Filha retirada</b>	1	1
<b>Obrigada legalmente a prosseguir</b>	1	1

**Apêndice I:** Cruzamento dos resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida com as categorias emergentes como fatores de proteção para a adaptação

Apêndice I: Cruzamento dos resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida com as categorias emergentes como fatores de proteção para a adaptação

	Extremamente Insatisfeita	Ligeiramente Insatisfeita	Neutra	Ligeiramente Satisfeita	Satisfeita	Extremamente Satisfeita
1 : Fatores de Proteção	1	0	0	4	6	2
2 : Aceitação da decisão	0	0	0	3	2	0
3 : Pela própria	0	0	0	3	1	0
4 : Pela rede	0	0	0	3	2	0
5 : Apoio	1	0	0	3	5	2
6 : Após decidir	1	0	0	3	4	2
7 : Amigos	0	0	0	2	4	0
8 : Da família	0	0	0	2	4	2
9 : Namorado	1	0	0	1	3	1
10 : Materno	0	0	0	1	3	0
11 : Na decisão	0	0	0	2	4	2
12 : Crenças	0	0	0	2	4	2
13 : Educação	0	0	0	0	1	0
14 : Gravidez aparece porque tem de acontecer	0	0	0	1	0	0
15 : Não precisa de apoio	0	0	0	0	1	0

16 : Reflexão e mudança - reenquadramento	0	0	0	1	3	0
17 : Ser contra o IVG	0	0	0	1	1	1
18 : Decidir a favor da pressão social	1	0	0	0	1	1
19 : Decisão conjunta	0	0	0	2	4	2
20 : Desejo de Maternidade	0	0	0	2	3	1
21 : Ausente	0	0	0	0	1	0
22 : Presente	0	0	0	2	2	1
23 : Faria as coisas iguais	0	0	0	1	5	1
24 : Interrompia	0	0	0	0	3	0
25 : Prosseguia	0	0	0	1	2	1
26 : Feedback Positivo	0	0	0	1	1	0
27 : Admiração	0	0	0	1	1	0
28 : Indiferença em relação à IVG	0	0	0	0	1	0
29 : Projeto Conjugal de Parentalidade	0	0	0	4	6	2
30 : Existente	0	0	0	2	5	2
31 : Inexistente	0	0	0	1	1	0
32 : Relação com o companheiro da gravidez	0	0	0	2	5	2
33 : Afastamento	0	0	0	0	4	0
34 : Boa relação	0	0	0	1	3	2



35 : Juntos	0	0	0	1	1	2
36 : Separados	0	0	0	0	2	0
37 : União	0	0	0	2	0	0
38 : Sentir-se capaz de ser mãe	0	0	0	2	1	0

**Apêndice J:** Cruzamento dos resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida com as categorias emergentes como fatores de risco para a adaptação

Apêndice J: Cruzamento dos resultados das participantes na Escala de Satisfação com a Vida com as categorias emergentes como fatores de risco para a adaptação

	Extremamente Insatisfeita	Ligeiramente Insatisfeita	Neutra	Ligeiramente Satisfeita	Satisfeita	Extremamente Satisfeita
1 : Fatores de Risco	1	0	0	4	6	2
2 : Crenças	1	0	0	1	2	0
3 : Ser contra o IVG	1	0	0	1	1	0
4 : Decidir a favor da pressão social	1	0	0	0	1	1
5 : Decisão não conjunta	1	0	0	1	3	0
6 : Desejo de Maternidade	1	0	0	2	2	0
7 : Ausência de Desejo	0	0	0	1	1	0
8 : Emergente	0	0	0	0	1	0
9 : Presente	0	0	0	1	0	0
10 : Expetativas negativas da maternidade	0	0	0	1	0	0
11 : Falta de Apoio	1	0	0	3	2	0
12 : Faria diferente	1	0	0	2	3	0
13 : Pensava melhor	0	0	0	1	1	0
14 : Prosseguia	1	0	0	1	2	0

15 : Fatores de stress acrescidos	0	0	0	2	0	0
16 : Filha retirada	0	0	0	0	1	0
17 : Hesitação	0	0	0	0	1	0
18 : IVG processo duro	0	0	0	1	3	0
19 : Bebê e não feto	0	0	0	0	1	0
20 : Expetativas vs. Realidade	0	0	0	0	1	0
21 : Sentimento de Assassínio	0	0	0	1	0	0
22 : Julgamento Social	0	0	0	1	2	0
23 : Ginecologistas	0	0	0	0	1	0
24 : Igreja	0	0	0	1	1	0
25 : Medo das consequências IVG	0	0	0	1	1	0
26 : Obrigada legalmente a prosseguir	0	0	0	0	1	0
27 : Pressão Social	1	0	0	4	4	1
28 : Interrupção	1	0	0	2	1	0
29 : Ir contra a sua vontade	1	0	0	2	1	0
30 : IVG como algo errado	1	0	0	1	2	1
31 : Maternidade	1	0	0	1	0	0
32 : Padrões de Maternidade	0	0	0	1	0	0
33 : Plano Conjugal de Parentalidade	1	0	0	4	5	2
34 : Existente mas menos filhos	0	0	0	1	0	1
35 : Na brincadeira	0	0	0	0	1	0

36 : Não agora	0	0	0	1	4	1
37 : Unilateral	1	0	0	2	1	0
38 : Reação da rede	1	0	0	2	3	2
39 : Alerta das responsabilidades	0	0	0	1	0	1
40 : Reação preocupada do pai da grávida	1	0	0	1	1	1
41 : Rejeição da situação	1	0	0	2	2	1
42 : Surpresa	1	0	0	1	2	2
43 : Reflexão sobre o que decidiu	0	0	0	2	2	0
44 : Relação Conjugal	1	0	0	3	4	0
45 : Arrependimento por decisão não conjunta	0	0	0	1	1	0
46 : Dificuldades no balanço conjugal parental	0	0	0	2	0	0
47 : Discórdia	0	0	0	1	1	0
48 : Mudanças na relação devido à situação	0	0	0	1	3	0
49 : Separação	1	0	0	0	4	0
50 : Revolta	0	0	0	1	1	0

## **Apêndice L: Consentimento Informado**

## **Apêndice L: Consentimento Informado**

### Consentimento Informado

Declaro que tenho conhecimento do estudo a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa com o objetivo de compreender os fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou não com uma gravidez inesperada. O estudo está inserido na dissertação de mestrado das estudantes Beatriz Ribeiro Gorjão e Margarida Abegoaria Does dos Santos Nery, com a orientação da Professora Doutora Maria Teresa Meireles Lima da Silveira Rodrigues Ribeiro.

Ao concordar participar, aceito ser entrevistada pelas estudantes/investigadoras, onde serão abordados temas relacionados com a gravidez inesperada. A entrevista tem a duração média entre 1 hora e 30 minutos a 2 horas e será gravada em áudio. Ninguém, com exceção das investigadoras, terá acesso à gravação. A entrevista será confidencial e apenas as investigadoras terão acesso ao meu nome verdadeiro e à entrevista. Tenho o direito de responder apenas às perguntas que quiser, compreendo que posso não ganhar nada diretamente com a minha participação neste estudo, contudo, esta será útil para outras pessoas, no futuro. No final do estudo poderei ter acesso aos resultados do mesmo, solicitando-o às investigadoras, ou deixando o meu contato neste documento.

Aceito participar neste estudo e ser entrevistada no dia \_\_\_\_, pelas \_\_\_\_\_ horas. Se, em algum momento, decidir que não quero participar, posso desistir sem ter de explicar as razões, sem quaisquer consequências negativas para mim.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Muito Obrigada pela sua Colaboração.

Caso o participante seja menor de idade:

Assinatura dos Responsáveis Legais: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

A Equipa:

\_\_\_\_\_

Beatriz Ribeiro Gorjão

Estudante/Investigadora

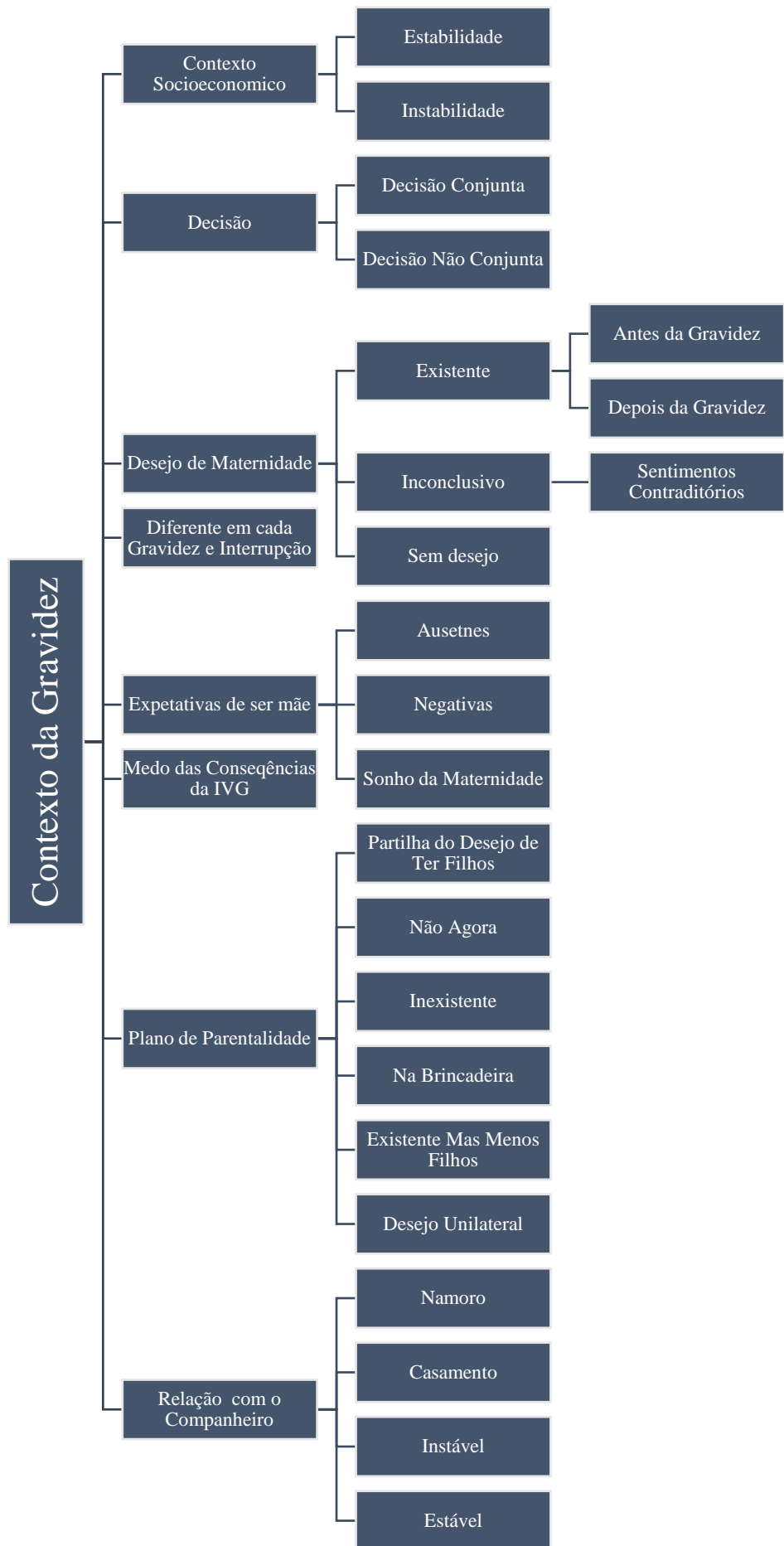
\_\_\_\_\_

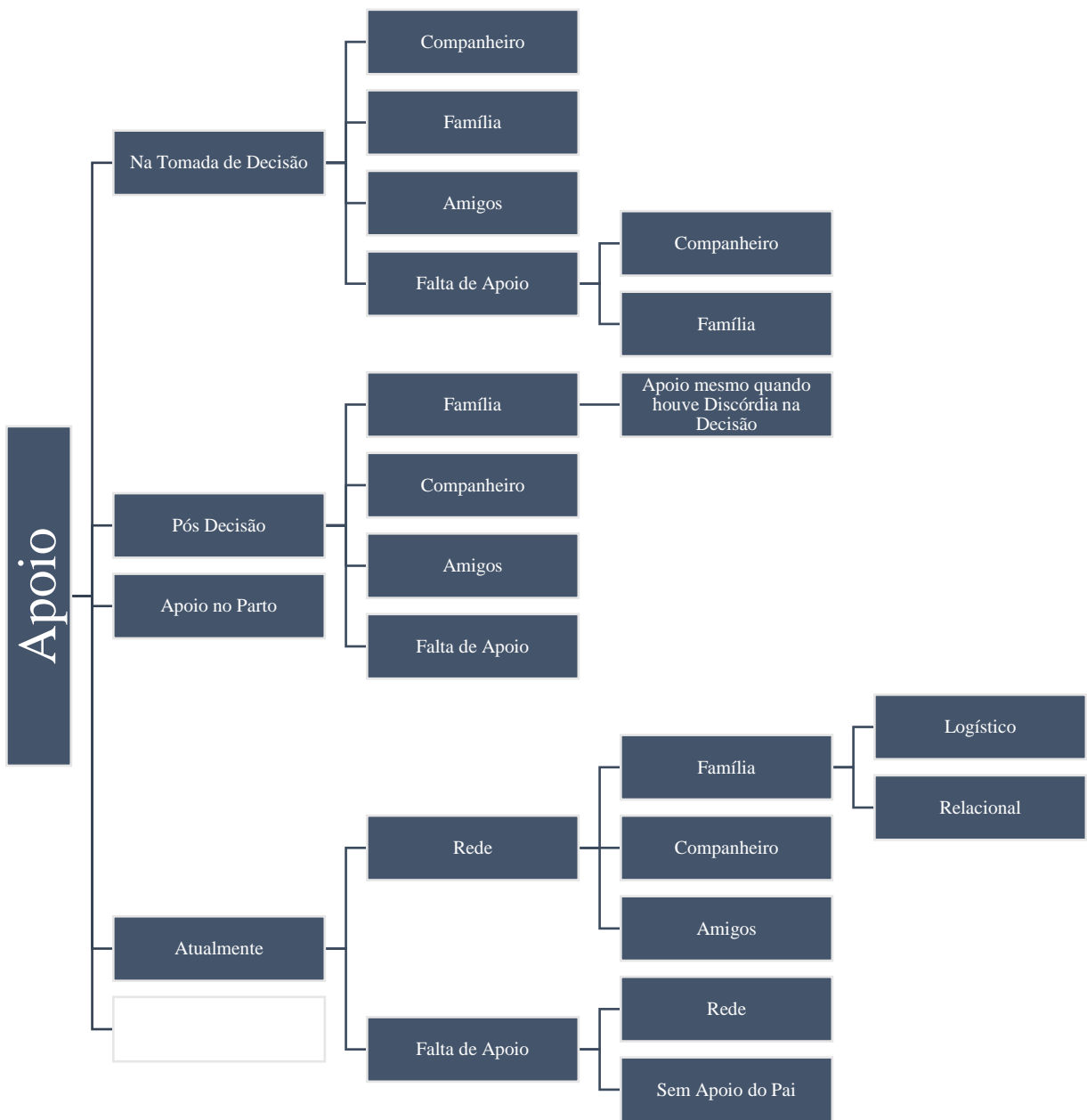
Margarida Abegoaria Dores dos Santos Nery

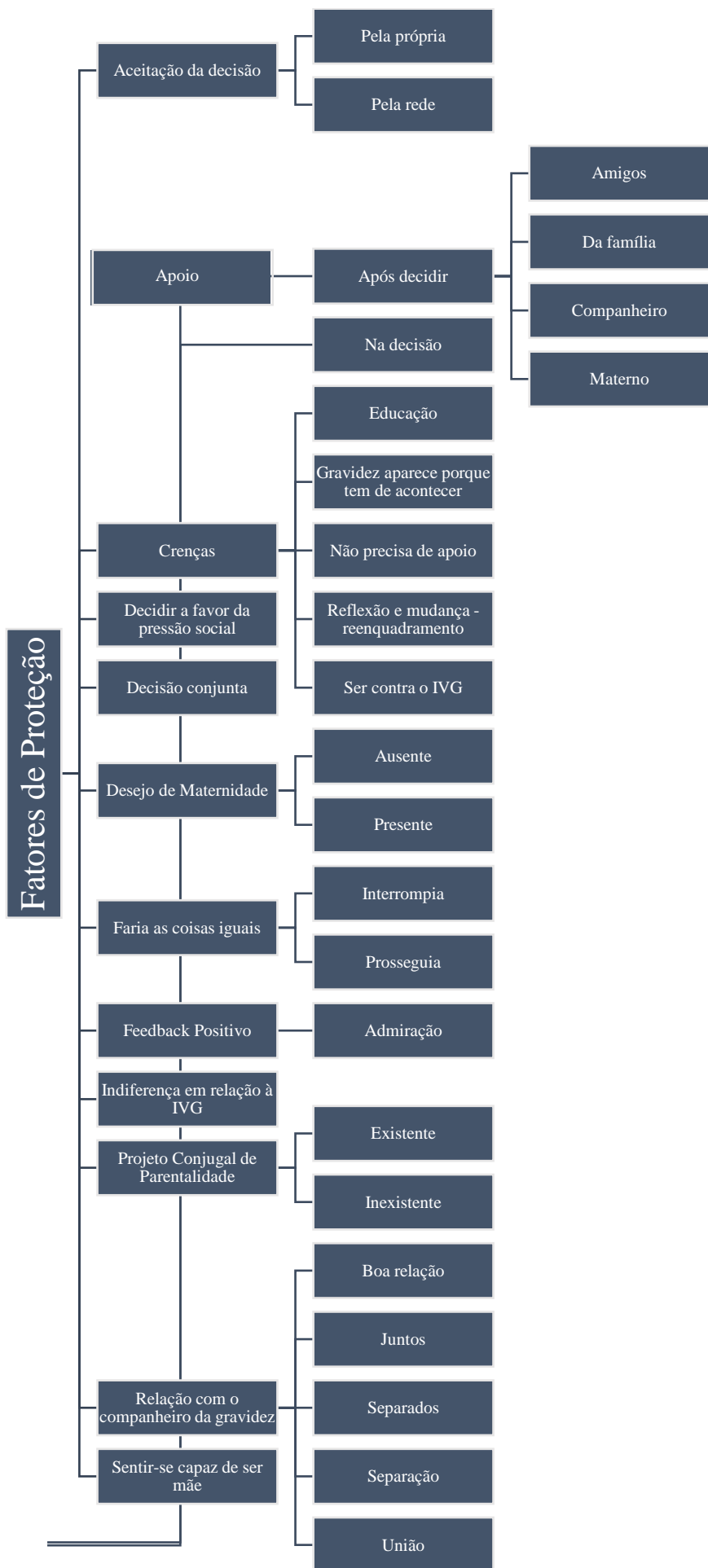
Estudante Investigadora



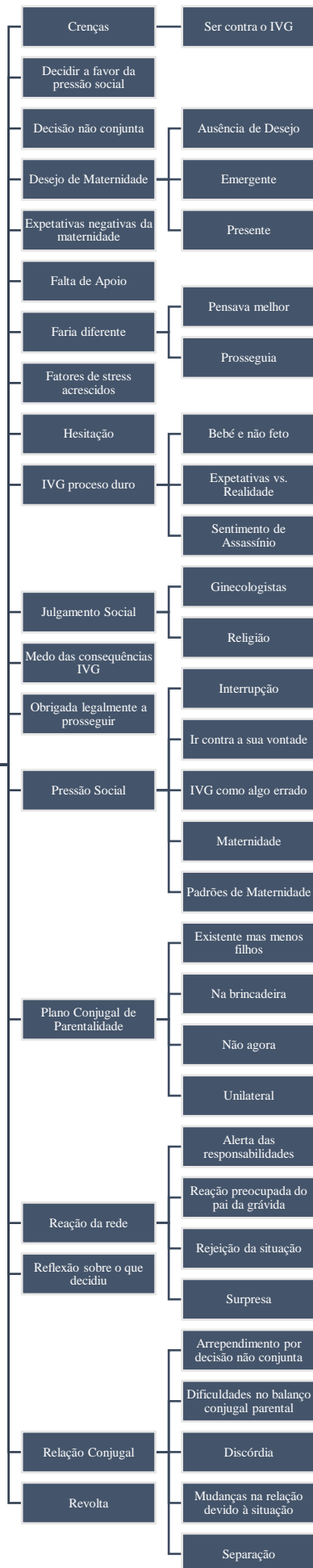
**Apêndice M:** Árvore de categorias emergentes através da análise temática das entrevistas







## Fatores de Risco



## Anexos

**Anexo A:** Escala de Satisfação com a Vida - Satisfaction With Life Scale

## Anexo A: Escala de Satisfação com a Vida - Satisfaction With Life Scale

**SWLS**

**Instruções:** A seguir, estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala abaixo indicada, indique o seu grau de acordo com cada item colocando um (X) no número apropriado. Por favor, seja sincero/a e honesto/a na sua resposta.

**SWLS**

**Instruções:** A seguir, estão cinco afirmações com as quais pode concordar ou discordar. Utilizando a escala abaixo indicada, indique o seu grau de acordo com cada item colocando um (X) no número apropriado. Por favor, seja sincero/a e honesto/a na sua resposta.

[illegible]